



Hermanas
Hospitalarias

BENITO MENNI CASM

3

**DOCUMENTOS DEL
COMITÉ DE ÉTICA
ASISTENCIAL DE
BENITO MENNI CASM**



Limitación del acceso a
recursos terapéuticos
durante la pandemia
COVID-19

Análisis del conflicto
bioético desde la
Hospitalidad

Junio de 2021

Índice

1. Presentación
2. Benito Menni CASM: hospitalidad, calidad y ética
3. Reflexión bioética introductoria
4. La institución Benito Menni CASM como colectividad con vocación ética
5. La irrupción de la Pandemia COVID-19
6. Limitación del esfuerzo terapéutico. Evolución histórica
7. Triage y limitación del esfuerzo terapéutico
8. Criterios frecuentemente utilizados para la asignación de recursos sanitarios
9. Consideraciones relativas al ciclo de vida y la edad como criterio de asignación de recursos
10. Discriminación hacia las personas con discapacidad física o psíquica
11. Consideraciones desde el marco institucional del hospital Benito Menni CASM
12. Decálogo de recomendaciones en la toma de decisiones o elaboración de protocolos en situación de escasez de recursos sanitarios
13. Bibliografía





Presentación

El presente documento es fruto de la reflexión del Comité de Ética Asistencial de Benito Menni CASM sobre la situación sanitaria generada por la pandemia COVID-19 y las decisiones asistenciales relacionadas en un entorno de saturación de servicios y escasez de medios de la red pública, especialmente en los momentos de mayor incidencia de la pandemia durante los primeros meses de 2020, en un contexto de emergencia sanitaria.

Esperamos que el presente documento ayude tanto en el ámbito interno como en el externo de nuestra organización a reflexionar sobre este tema, y que sus recomendaciones sean de utilidad para todos los profesionales implicados en la asistencia sanitaria en el ámbito de la salud mental.

Sor Teresa Íñiguez
Superiora

Dr. Joan Orrit
Director gerente

Dr. Pedro Regalado
*Presidente del Comité de
Ética Asistencial (CEA)*

Dr. Francesc Torralba
Experto en bioética

2 Benito Menni CASM: hospitalidad, calidad y ética

Benito Menni CASM, entidad que pertenece a las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, desde el valor central de la **HOSPITALIDAD**, ofrece una *atención sanitaria y social integral y de calidad* a todas aquellas personas que sufren enfermedades mentales y necesitan asistencia en ámbitos socio-sanitarios y sociales.

Nuestra Misión se orienta hacia la prevención, el cuidado y la rehabilitación de las personas con algún trastorno mental, personas con discapacidad intelectual, pacientes psicogerítricos y los que presentan otras enfermedades, según su necesidad. La persona que sufre, dentro de su unidad y dignidad inviolable, es el centro de nuestra misión y a ella se han de subordinar todos los recursos de la Institución. Todos los profesionales que en ella trabajan están comprometidos con el cumplimiento del más alto nivel de calidad posible en cada momento, velando por la atención integral del ser humano.



En la vertiente docente, nuestra misión es la de capacitar a personas para ofrecer servicios sanitarios propios de su ámbito profesional, con calidad técnica y en conformidad con los valores de la Institución:

- La **hospitalidad** como valor central de nuestro trabajo desde la inspiración cristiana que las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y su fundador Benito Menni aportan como su razón de ser y, también, la Hospitalidad entendida como un servicio a los demás, al cuidar, acompañar y ofrecer consuelo.
- La **calidad** como valor inseparable de la atención sanitaria y social que ofrecemos a las personas, basada en el trabajo y compromiso de todos en la mejora continua y en el camino hacia la excelencia. En el concepto de calidad de Benito Menni CASM se engloban la calidad humana y técnica del servicio, la calidad del trato dispensado y de los diversos dispositivos asistenciales.
- La **ética** como una forma de sentir, pensar y actuar. Las actuaciones de los profesionales tienen siempre en cuenta a la persona de manera integral y sus derechos como tal.

Dichos principios y valores quedan recogidos y se encuentran ampliamente desarrollados en el Marco de Identidad de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, y el código de conducta, documentos que enmarcan toda nuestra actuación institucional.



3

Reflexión bioética introdutoria

La bioética clínica es la ética aplicada a la asistencia sanitaria. En los últimos años se ha desarrollado fundamentalmente por tres motivos: los avances científicos, que condicionan una complejidad progresiva en las decisiones clínicas; el desarrollo de los derechos humanos, que convierten al paciente en el protagonista del proceso de su enfermedad y de las decisiones que le afectan, y la generalización de la asistencia sanitaria, que obliga a reevaluar la relación recursos-necesidades. El aspecto más pragmático de la bioética es la identificación de los conflictos de valores que subyacen en las decisiones asistenciales, de forma que, el análisis de los hechos objetivos, pueda complementarse con el análisis de los valores en riesgo (Morera Pérez, 2000).

Los Comités de Ética tienen tres funciones fundamentales: discusión de casos, docencia y elaboración de documentos, bien para el uso de sus usuarios, o bien como posicionamiento de la institución, entre otros (Gías, 2016).

El Comité de Ética Asistencial (CEA) de Benito Menni CASM es un órgano consultivo en materia de bioética al servicio de nuestra Institución. Ayuda al asesoramiento en el ámbito asistencial en aspectos de la praxis clínica que puedan generar debate ético. El CEA desea aportar las claves para afrontar las decisiones y actuaciones con mayor justicia y prudencia, todo ello dentro del marco de los valores institucionales anteriormente referidos.

4

La institución Benito Menni CASM como colectividad con vocación ética

Una institución de salud mental sin una voluntad ética que la sostenga viva se debilita como institución verdaderamente humana. En paralelo a la praxis de cada profesional en particular (sea médico, enfermero, psicólogo, etc.) hay un acto de profesión colectivo de cada hospital, que hace que éste se presente ante la sociedad como un sujeto moral bien definido, explícito, con un núcleo de convicciones que lo constituyen en una colectividad. Esas convicciones colectivas acordadas — aunque plenamente compatibles con el respeto a la legítima diversidad ética y de valores de cada uno — inspiran y regulan, más allá de lo exigido por la competencia técnica, el modo de hacer a que todos se comprometen y, por ende, la atención al paciente no se detiene en el mínimo legal, sino que se inclina hacia una conducta virtuosa (Herranz, 2008).

En este sentido, Benito Menni CASM contempla sus propios valores, fundamentales e insustituibles, que definen la Institución. Son el elemento sustancial que marca la actividad. El valor clave es la **HOSPITALIDAD**, del que se despliegan ocho valores más: sensibilidad por los excluidos, servicio a los enfermos y necesitados, acogida liberadora, salud integral, calidad profesional, humanidad en la atención, ética en toda actuación y conciencia histórica.

El *Marco de Identidad de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús* es el documento institucional para la misión compartida; la referencia imprescindible común para las políticas de dirección, organización y gestión para todos los centros y la actividad de cada servicio, así como para los comportamientos concretos de los profesionales implicados, dentro de un marco de corresponsabilidad.

Dicho documento despliega los valores que sustentan nuestra entidad, valores éticos y cristianos que se concretan en un modo de hacer, de obrar, centrado en la persona que sufre.

Desde este marco de referencia, técnico y de valores abordamos las siguientes reflexiones bioéticas sobre el tema que nos ocupa.

5 La irrupción de la Pandemia COVID-19

En diciembre de 2019 se detectó por primera vez una enfermedad infecciosa provocada por un coronavirus (COVID-19) en la ciudad de Wuhan en China, que posteriormente se ha extendido a otros países, afectando en Europa inicialmente con especial virulencia a España e Italia para alcanzar después a todo el continente. En el momento actual se trata de una pandemia presente en prácticamente todos los países del mundo y que ha provocado una afectación sanitaria, social y económica sin parangón desde hace al menos un siglo (desde la pandemia de gripe de 1918).

Se trata de una enfermedad fácilmente transmisible, que en la mayoría de los casos cursa con síntomas de poca gravedad, similar a un síndrome gripal, pero que provoca el ingreso del 20% de los afectados al causar neumonías bilaterales que requieren cuidados hospitalarios y, en el 5% de los casos, ingreso en UCI.

El pronóstico de la enfermedad es muy dependiente de la edad, calculándose una mortalidad global alrededor del 5%, pero en pacientes mayores de 80 años llega incluso al 15-20% de los casos. También la presencia de patologías concomitantes empeora sensiblemente el pronóstico a cualquier edad.

La situación sanitaria generada por la pandemia COVID-19, especialmente en los momentos de mayor incidencia de afectados durante los primeros meses de 2020, impactaron sobre centros y equipos asistenciales, en un entorno de saturación de servicios y escasez de medios de la red pública, que hacía lo que podía y más, en un contexto de emergencia sanitaria.

En nuestro centro (Hospital Benito Menni CASM), como en otros de características similares, se dieron algunas particularidades diferenciales respecto a la infección por COVID-19, lo que motivó a una reflexión del CEA en su momento, reflexión que recogemos y compartimos en el presente documento.

Por un lado, la incidencia de la enfermedad fue especialmente intensa en comunidades cerradas (instituciones) con pacientes vulnerables (por edad y por pluripatología). Por este motivo, el Hospital Benito Menni CASM, pese a que adoptó medidas de prevención y control necesarias, que a buen seguro redujeron la expansión del virus, se vio afectado con un importante número de casos de la enfermedad.

Por otro lado, la gran cantidad de contagiados en España en general y en Cataluña en particular, en un corto período de tiempo, provocó problemas de disponibilidad de camas en los hospitales y, especialmente, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en toda la red asistencial, ya que muchos de estos pacientes requerían respiración mecánica durante varias semanas, con pronóstico incierto, llevando el sistema de salud en general a sus límites de asistencia en algunos momentos de la epidemia.

Nuestro centro es un centro especializado en salud mental y sociosanitario de media y larga estancia, que no dispone de unidades de hospitalización para afecciones orgánicas agudas y subagudas, lo que significa que nuestra capacidad de tratar situaciones clínicas graves, pese a haber reforzado la atención médica durante la pandemia, es limitada, por lo que hemos tenido que optar por la derivación al centro sanitario de referencia, en caso de empeoramientos graves.

En la práctica habitual del centro en los últimos 20 años, se realizan este tipo de traslados y derivaciones cuando es necesario y el personal del área de medicina y de geriatría tiene una experiencia importante en el tratamiento de complicaciones médicas y en el tipo de valoraciones clínicas necesarias, pero nunca antes se había producido una situación tan grave como la vivida durante los primeros meses de COVID-19. Pese a que durante la pandemia se reforzó nuestra capacidad de tratamiento de estas reagudizaciones, nos tuvimos que enfrentar a la decisión de consensuar el criterio para realizar estos traslados en los distintos tipos de pacientes en un entorno pandémico de reducción de los medios de asistencia disponibles en la red sanitaria (camas de hospitalización y de UCI).



La saturación y la escasez de medios de ingresos de críticos en esos momentos de mayor auge de la pandemia, nos obligó a afrontar la posibilidad de limitar el esfuerzo terapéutico en determinados tipos de pacientes, no por resultar fútil en su situación clínica, sino por la escasez de recursos asistenciales, en un contexto de emergencia sanitaria global.

La situación que vivió nuestro centro durante la pandemia fue compartida por muchos otros centros sociosanitarios y de salud mental, que presentaron una problemática similar a la nuestra.

Ante la posibilidad, no deseada, de tener que restringir la asistencia sanitaria por falta de medios en los centros de derivación aguda, el objetivo de la reflexión realizada por el CEA y que queremos compartir mediante este documento es exponer las cuestiones bioéticas implicadas, revisar las distintas soluciones adoptadas y las recomendaciones de organismos de referencia en bioética y derechos humanos y plantear, desde el marco institucional de nuestro centro, los principios que creemos que han de regir la toma de las decisiones a las que hemos de hacer frente.

Aunque este documento se realiza desde nuestra experiencia, creemos por lo anteriormente expuesto, que responde a una problemática amplia, extrapolable a otros muchos centros y situaciones, presentes y futuras.

Se abordará el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico, los distintos criterios para la asignación de los recursos sanitarios escasos, así como el problema de la discriminación hacia las personas por razón de edad o discapacidad, y el enfoque de todos estos temas desde la hospitalidad como referencia fundamental de nuestra actividad asistencial.

Limitación del esfuerzo terapéutico. Evolución histórica

El concepto de LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO se estudia y debate desde hace largo tiempo y se aplica de forma rutinaria en la atención a pacientes ancianos y con enfermedades terminales.

Esta limitación se basa en el concepto de futilidad de un determinado tratamiento médico¹.

El concepto de futilidad (futilidad se usa como traducción directa del inglés, *futility*, aunque sería mejor traducirlo como inutilidad) de un tratamiento médico es un concepto que, aunque intuitivamente parece muy claro, no resulta fácilmente reproducible u objetivo en la práctica. Se han intentado definiciones cualitativas o cuantitativas sin mucho éxito. Inicialmente se plasmó este concepto en las órdenes de no resucitación (*DNR orders*, en inglés) en caso de parada cardíaca. Numerosos estudios demostraron los peligros de este enfoque, ya que los pacientes etiquetados de esta manera eran atendidos con menor frecuencia tanto por enfermería como por los médicos, tenían menor probabilidad de que les fueran prescritos tratamientos que podían beneficiarles y, además, se comprobó que pocas veces eran consultadas dichas decisiones con el paciente. Asimismo, en muchas ocasiones, esta *DNR order* se utilizaba erróneamente para justificar la negación de otros tratamientos no relacionados, como sueroterapia, antibióticos, pruebas diagnósticas, etc.^{2,3}

Este enfoque tan simplista ocultaba un gran potencial de abuso médico frente a la autonomía del paciente, mediante valoraciones cuantitativas no fiables pero que producían una “falsa ilusión de práctica objetiva de la medicina” en los profesionales⁴. Por ejemplo, numerosos estudios han mostrado la gran subjetividad del concepto de “calidad de vida”, cuyas supuestas valoraciones “obje-

tivas” externas sistemáticamente diferían de las realizadas por los propios pacientes.

Frente a esta problemática se priorizó el principio de autonomía expresándose en su forma ideal en la formulación de unas voluntades anticipadas consensuadas con el paciente y que expresen, dentro de la buena praxis médica (aquí intervendría el principio de beneficencia y de no-maleficencia), los deseos del paciente para su asistencia futura en caso de empeoramiento.

Así se han ido refinando instrumentos que han superado muchos de los problemas de las *DNR orders*, entre los que se pueden citar los testamentos vitales, las directivas médicas⁵, las historias de valores, los niveles de asistencia sanitaria⁶, las directivas basadas en objetivos⁷ o los últimos instrumentos más sofisticados como serían los de la VHA (*Veterans Health Administration*) o POLST⁸ (*Physician Orders for Life-Sustaining Treatment*) desarrollados en Oregón, EE.UU.

Aunque no es el lugar de enumerar las características detalladas de estos instrumentos, todos ellos presentan ciertas limitaciones. Entre estas limitaciones podemos citar, por frecuente en nuestro entorno, la dificultad para los pacientes de entender las consecuencias de ciertas decisiones sanitarias, así como la diferencia entre decidir en situación de salud sobre una situación de enfermedad grave que no se ha experimentado. No obstante, estos instrumentos son, desde luego, mucho más avanzados que las *DNR orders* y siempre aseguran un respeto al principio de autonomía mucho mayor.

En el caso concreto de nuestra institución, se añade otra importante problemática como es la falta de competencia para este tipo de decisiones por un porcentaje elevado de nuestros pacientes, bien sea por padecer un trastorno mental severo (TMS), discapacidad intelectual o procesos neurodegenerativos (diversos tipos de demencia). Esto nos obliga a recurrir a los familiares o personas muy cercanas al paciente que hacen de referentes en cuanto a su

voluntad. En nuestro centro, en ocasiones, tampoco se dispone de esta figura y son las entidades tutelares los únicos representantes.

En consecuencia, pese a que las voluntades anticipadas son un importante instrumento en el respeto a la autonomía del paciente y siempre han de tenerse en cuenta, nos encontramos con un número importante de pacientes para los que no se dispone de estas voluntades anticipadas y existe una dificultad importante en obtenerlas, que se ve agravada por la situación pandémica actual.

Aunque la voluntad del paciente y/o la futilidad de determinadas actuaciones clínicas es uno de los motivos de limitación del esfuerzo terapéutico, en esta ocasión nos ha servido de introducción y base teórica al propósito principal de este documento, que es el análisis de la limitación del esfuerzo terapéutico cuyo motivo es la escasez de recursos.



7 Triage y limitación del esfuerzo terapéutico

En el caso de llegar a un escenario en el que la limitación de intensidad terapéutica no se deba a la situación clínica del paciente, sino a la escasez de recursos sanitarios, ya no estaríamos hablando de decisiones de tratamiento anticipadas sino de triaje⁹. Es importante hacer mención a la diferencia entre ambos conceptos, ya que tiende a confundirse el triaje en caso de catástrofe, con la estratificación de pacientes que proponen ciertos instrumentos de planificación de voluntades anticipadas^{10,11}.

El concepto de voluntades anticipadas o decisiones de tratamiento anticipadas ha sido tratado en extensión al principio del documento. Podemos resumir indicando que se trata de realizar una valoración de las posibles acciones terapéuticas futuras junto con el paciente o sus familiares para valorar la posible futilidad de estas y hacer así un esquema de plan terapéutico futuro que ayude a tomar las decisiones.

En el caso del triaje, se trata de un instrumento propio de catástrofes o atentados terroristas o desastres naturales, que proviene del mundo militar. Consiste en la clasificación de los pacientes según sus características y sus posibilidades de sobrevivir en el caso de un evento que provoca muchas víctimas en un período de tiempo corto que no pueden ser atendidas a la vez.

El triaje, a su vez, puede dividirse en triaje primario (el que se realiza inmediatamente en una primera valoración del paciente en el lugar del incidente), triaje secundario (cuando se prioriza a los pacientes que tendrán acceso a medidas de reanimación y/o tratamiento hospitalario) o triaje terciario (cuando se prioriza la admisión para el tratamiento en cuidados intensivos).

Es muy importante tener en cuenta que, mientras la limitación del esfuerzo terapéutico por razones clínicas incide sobre un paciente individual, el concepto de triaje incide a un nivel poblacional.

El cambio de paradigma de perseguir el máximo beneficio a un paciente concreto al máximo beneficio abstracto a un nivel poblacional tiene profundas connotaciones, tanto sanitarias como sociales, emocionales y éticas, por lo que ha de ser valorado con sumo cuidado^{11,12}.

Debemos señalar que muchos clínicos tienen una amplia experiencia en la limitación de esfuerzo terapéutico en diferentes situaciones clínicas, pero muy pocos (prácticamente ninguno) tiene experiencia directa de triaje en situación de grave escasez de recursos. En este sentido, la COVID-19 nos ha expuesto a la posibilidad de una situación que carece de precedentes en la reciente historia de la Medicina.



Tabla 1. Diferenciación entre la limitación del tratamiento de soporte vital y el triaje

Limitación del tratamiento de soporte vital	Triaje (Priorización para racionamiento)
Lo que es mejor (o menos malo) para un paciente.	Lo que es lo mejor para el mayor número posible de pacientes. No admite el "azar" de llegar primero.
No se tienen en cuenta factores económicos ni ningún elemento de eficiencia, solo al paciente.	Reparto de recursos escasos: humanos y materiales. Coste-oportunidad... Fundamental: equidad entre pacientes, centros, servicios, tipos de pacientes (COVID-19 y otras patologías).
La toma de decisiones la hace el quipo asistencial junto con el paciente (o familia).	Toma de decisiones "fuera" del equipo asistencial: comité de triaje.
Habitual en la práctica clínica.	En situaciones excepcionales o en determinadas circunstancias en las que los recursos son siempre escasos, p. ej., trasplantes
Actuación con protocolos establecidos por los centros y servicios.	Revaluación periódica frecuente según las circunstancias externas.
Actuación médica apoyada en la medida de lo posible en datos y criterios objetivos y contrastados.	
Anticipación para evitar la toma de decisiones en situación de estrés por la urgencia	
El valor moral de no instaurar es el mismo que el de retirar	
Comunicación. Documentar en la historia clínica	

Comité hospitalario formado como mínimo por un miembro del CEA y un intensivista que deberá reunirse y analizar a diario los posibles pacientes candidatos a pasar a un escalón asistencial superior.

Tomado de: "Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia"¹². Documento de consenso del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), marzo 2020.

La situación que nos ocupa podría quizás asemejarse a lo que se denomina "triaje secundario", que sería aquel en el que durante una alerta de salud pública en desarrollo hay que decidir qué pacientes han de ser derivados para ingreso hospitalario (el triaje secundario se haría "en la puerta del hospital").

En este sentido, las recomendaciones para decidir la derivación hospitalaria desde los centros de media/larga estancia como el nuestro podrían ser un ejemplo de triaje secundario. El "triaje terciario" sería la evaluación intrahospitalaria para decidir dónde hay que situar a un paciente ya hospitalizado (por ejemplo, admisión o no en UCI).

Empezaremos analizando los criterios más frecuentemente utilizados para la asignación de recursos sanitarios escasos.



8 Criterios frecuentemente utilizados para la asignación de recursos sanitarios

Los valores bioéticos que se han de considerar en la asignación de los recursos sanitarios escasos son el máximo beneficio que pueda derivarse de dichos recursos, la igualdad en el trato, el reconocimiento al valor instrumental de determinados individuos esenciales y la prioridad a los más desfavorecidos ^{9,13}.

El criterio de maximizar el beneficio puede resumirse en la idea de salvar el mayor número de vidas y en maximizar la mejoría post-tratamiento. Implementar este concepto dando prioridad a los pacientes con mayores posibilidades de recuperarse, como veremos más adelante, concita el mayor de los acuerdos. En cambio, la idea de “salvar el mayor número de años”, muy acorde con una idea supuestamente utilitarista de la asistencia sanitaria, es rechazada desde otros ámbitos por no tener en cuenta la individualidad y el valor único de cada ser humano.

Indicación médica. Pronóstico a corto plazo

Como en cualquier situación de conflicto bioético, lo primero es realizar un análisis técnico con una clara indicación médica. En este sentido, no hay dudas cuando el traslado del paciente no resulta indicado por ser una situación irreversible o cuando está clara la ausencia de indicación de ciertas técnicas. En este sentido se puede interpretar el criterio de supervivencia a corto plazo, que en el caso de las UCI puede estimarse con cierta aproximación mediante la aplicación de escalas (p. ej. SOFA), aunque cabe también considerar que dichas escalas, en su mayor parte, no están pensadas para su aplicación poblacional, sino individual (Triage...). En el caso del ingreso en unidad de hospitalización es bastante más difícil realizar una valoración precisa, aunque no deja de ser una decisión de tipo técnico sobre la que no suele haber conflicto ético asociado. Correspondería al criterio utilitarista de “salvar el mayor número de vidas”⁹.

Pronóstico a largo plazo

En este caso se trata de evaluar la expectativa de vida tras el alta del paciente. Depende mucho de las comorbilidades y la edad del paciente, lo que marca sus posibilidades de supervivencia a largo plazo. Correspondería al concepto de “salvar el mayor número de años”. Esta propuesta, aunque positiva desde el punto de vista de maximizar el uso de los recursos limitados, puede atentar gravemente contra la equidad, ya que disminuye el derecho a la asistencia sanitaria de los más vulnerables, que deberían ser protegidos y se ven en inferioridad de condiciones frente al resto de la población. Puede verse lo que declara al respecto la OMC: “Establecer expectativas de vida a corto plazo es aceptable incluso para no caer en la obstinación terapéutica. Pero establecer límites a medio plazo, como el criterio cronológico, constituye una decisión muy arriesgada que se debe realizar con carácter excepcional y utilizando los instrumentos valorativos al uso y, en ningún caso, la exclusiva impresión clínica”¹⁴.



9 Consideraciones relativas al ciclo de vida y la edad como criterio de asignación de recursos

Estas consideraciones se basan en la idea de que todo el mundo debería tener las mismas oportunidades de experimentar todas las fases de la vida y, por lo tanto, deberían ser prioritarias las personas que han vivido “menos fases”, es decir, los más jóvenes. En cierto sentido es equitativa ya que no considera ningún otro factor, como raza, sexo, etc.

No obstante, esta postura lleva a una clara discriminación por razón de edad, difícilmente compatible con los criterios de equidad y de no discriminación. Sobre este particular, el Comité de España de Bioética dice lo siguiente: “El criterio de la edad solo puede ser empleado, pues, para priorizar, pero no para denegar o limitar la asistencia sanitaria y el recurso a determinadas medidas de soporte vital. Sin duda, la edad, como otras circunstancias, pueden incidir en el pronóstico clínico, pero en ningún caso pueden obviarlos. Es necesario valorar las circunstancias concretas de cada paciente, sin excluir a nadie a priori. La única posible excepción de discriminación positiva por la edad son los niños”¹⁵.

Aunque la edad generalmente va asociada a un empeoramiento del pronóstico vital y funcional en muchas enfermedades y, también, tras el proceso de una asistencia vital intensiva, y en este sentido puede resultar una limitación, también se conoce desde hace décadas que la edad por sí sola tiene un valor muy relativo y que lo que realmente marca el estado de salud es la situación funcional previa del paciente (OMS).

Aunque algunos autores y protocolos abren la puerta a un posible límite de edad en el caso de una situación catastrófica de falta de medios, en las recomendaciones de todos los organismos y comités éticos se enfatiza la necesidad de no discriminar por edad.

Múltiples Sociedades Científicas, tanto en el ámbito nacional como internacional, se han expresado en este sentido.

Así, la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG) explica sobre este particular: “Aquellas personas mayores robustas e independientes deben recibir una asistencia sanitaria en iguales condiciones que aquellos más jóvenes. En situaciones de limitación de recursos, especialmente limitación de recursos de unidades de cuidados intensivos, la edad no será en ningún caso criterio único para la toma de decisiones. La situación funcional y de fragilidad son buenos predictores individuales de mortalidad a corto y largo plazo en la población mayor y deberán ser criterios prioritarios en la toma de decisiones y en las estrategias de asignación de ingreso en unidades de cuidados intensivos”¹⁶.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG): “Las derivaciones al hospital de agudos de ancianos con COVID-19 desde una residencia de mayores se han de reducir al máximo, en todo caso, no ha de basarse la limitación en la edad sino en criterios de situación funcional y pronóstico y ser individualizadas”¹⁷.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) indica al respecto: “Cualquier persona, independientemente de su edad y enfermedad, tiene derecho a recibir asistencia sanitaria adecuada y la intensidad de esta se determinará según criterios objetivos y expectativas de resolución del proceso con buena calidad de vida y funcionalidad. La edad biológica no debería ser un criterio para la limitación del esfuerzo terapéutico”¹⁸.

El protocolo de derivación del SEM (Servicio de Emergencias Médicas) de Cataluña, aunque ofrece indicaciones según la edad, también alerta expresamente sobre la necesidad de no discriminar de manera automática por edad: “La edad es un criterio importante sobre todo porque se relaciona directamente con los años de vida salvados en una intervención, pero no debe ser NUNCA el único criterio a utilizar a la hora de decidir la limitación de esfuerzo, y hay que considerar aquellos afectados con máxima posibilidad de supervivencia”¹⁹.



La American Geriatric Society (AGS) se expresa en similares términos, indicando que “la edad ‘per se’ nunca debe utilizarse como motivo para una exclusión categórica que sea considerado el tratamiento estándar. Por lo tanto, no deben utilizarse puntos de corte basados en la edad en las estrategias de asignación de recursos”. Igualmente considera que debe tenerse en cuenta a los más vulnerables desde el punto de vista de los determinantes sociales de la salud (cultura, etnia, estatus socioeconómico) para proporcionarles mayor protección y aboga por una estrategia multifactorial de asignación de recursos rechazando los criterios de “años de vida salvados” y “expectativa de vida prevista a largo plazo”²⁰.

La British Geriatric Society (BGS) se ha expresado en términos similares y un grupo de editores, representando las principales revistas científicas de Estados Unidos en el área del envejecimiento (*American Journal of Geriatric Psychiatry*, *Journal of the American Geriatrics Society*, *Journal of the American Medical Directors Association*, *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, y *The Gerontologist*), han publicado un trabajo en el que alertan de que el uso de la edad como único criterio esconde un claro edadismo, en el sentido de que se trata de un discurso que presenta al anciano como menos resiliente y menos capaz de adaptarse a las crisis, afirmación no respaldada por evidencias científicas. También consideran que está claramente establecido que la edad no es el único factor pronóstico en múltiples situaciones clínicas, más bien es únicamente un factor más entre los múltiples determinantes del pronóstico, pronóstico siempre difícil de establecer y sobre el que se carece de evidencias científicas sólidas²¹.

Determinadas instituciones bioéticas se han expresado en términos semejantes:

Así, el Comité de Bioética de Cataluña en sus recomendaciones expone: “El uso no ponderado de criterios exclusivos y rígidos como, por ejemplo, edad, códigos diagnósticos de base u orden de llegada puede resultar tentador en escenarios de emergencia

como el que afrontamos por su facilidad de aplicación, pero no son aceptables desde el punto de vista ético, para evitar incurrir en pura discriminación ‘indiscriminada’”²².

El Comité de Bioética del Consejo de Europa, en su informe de abril de 2020, indica que deben seguirse los acuerdos de la Convención de Oviedo, que en su artículo número 3 especifica que el criterio médico ha de ser el que rija el acceso a los recursos escasos, para evitar la discriminación²³.

En el *Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2*, se insiste en el mismo concepto invocando incluso la probable ilegalidad de la discriminación por edad en nuestro ordenamiento jurídico: aboga por la “absoluta proscripción de empleo de criterios fundados en la discriminación por cualquier motivo con la finalidad de priorizar pacientes en dichos contextos. En este sentido, excluir a pacientes del acceso a determinados recursos asistenciales o a determinados tratamientos, por ejemplo, por razón únicamente de una edad avanzada, resulta contrario, por discriminatorio, a los fundamentos mismos de nuestro estado de derecho (art. 14 de la Constitución española)”²⁴.

Por ello, es necesario realizar un enfoque múltiple basado no solo en la utilidad, sino también en la equidad, tal y como recomienda la OMS¹³. Esta consideración de múltiples valores debe poderse adaptar “dependiendo del recurso y el contexto en cuestión” para “maximizar los beneficios, tratar por igual, promover y recompensar el valor instrumental y dar prioridad a los más desfavorecidos”¹².



10

Discriminación hacia las personas con discapacidad física o psíquica

Desde el punto de vista de la bioética y siguiendo el principio de equidad, toda vida humana es igual de valiosa y no es moralmente aceptable establecer diferencias entre unas personas u otras en razón de su “valor social”.

De hecho, desde el punto de vista de la equidad, las personas con discapacidad de cualquier tipo requieren una protección mayor para precisamente poder estar en igualdad de condiciones con el resto de la población.

Por lo tanto, cualquier tipo de discriminación que se base exclusivamente en razones de discapacidad física o psíquica y que no sean secundarias a un mal pronóstico vital es moral y éticamente inaceptable. En nuestro país (y en muchos otros) podría incluso llegar a considerarse ilegal, ya que la Constitución, en su artículo 43, consagra el derecho constitucional a la protección de la salud, así como también el art. 20.2 apartado 3º de la Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud²⁵, como han recordado en diversos documentos el Ministerio de Sanidad y el Comité de Bioética de España.

Respecto a este particular, la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad (firmado y ratificado por España en 2017)²⁶ reafirma la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación. En su artículo 25 se reconoce que “tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivo de discapacidad”. Por eso, citando de nuevo a la Comisión de Bioética de España, son inaceptables algunas cuestiones sobre la asignación de recursos presentes en algunos protocolos que

priorizan la “supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada” o que indican que “cualquier paciente con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no es susceptible de ventilación mecánica invasiva”¹⁵. Sin perjuicio, por supuesto, del hecho de que en muchos de estos pacientes estas intervenciones puedan no estar indicadas, pero en razón de su pronóstico o situación clínica, y no de su condición de discapacitados.

La UNESCO también señala como durante las pandemias las personas vulnerables (ancianos, discapacitados, personas sin medios económicos, personas sin hogar, personas de ciertos grupos étnicos, etc.) sufren discriminaciones que aumentan aún más su vulnerabilidad, por lo que enfatiza la necesidad de evitar toda clase de discriminación y estigmatización de las personas pertenecientes a estas categorías²⁷.

Amnistía Internacional, en un documento titulado *Amnistía Internacional. Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID-19 en España*²⁸ subraya la ilegalidad y la falta de ética de estas prácticas discriminatorias que, a su juicio, han sucedido en nuestro país.

Tanto el Royal College of Psychiatrist²⁹ como la British Medical Association³⁰, ambas británicas alertan sobre las posibles discriminaciones que puedan sufrir los pacientes afectados de patologías psiquiátricas en razón de su patología y enfatizan que ni la edad ni la discapacidad de los pacientes han de ser criterios únicos para decidir la distribución de los recursos sanitarios en caso de escasez.

Por todo lo anteriormente expuesto, es fundamental no solo no estigmatizar a estos pacientes, sino ofrecerles una especial protección durante situaciones como la pandemia actual.



11

Consideraciones desde el marco institucional de Benito Menni CASM

Benito Menni CASM contempla sus propios valores, fundamentales e insustituibles, que definen a la Institución. Dichos valores en nada contradicen a los derechos humanos y los valores éticos de la asistencia sanitaria de la sociedad en la que vivimos. Más bien los potencian y los complementan. Son el elemento sustancial que define nuestra actividad sanitaria. El valor clave es la HOSPITALIDAD del que se despliegan ocho valores más: sensibilidad por los excluidos, servicio a los enfermos y necesitados, acogida liberadora, salud integral, calidad profesional, humanidad en la atención, ética en toda actuación y conciencia histórica³¹.

Desde este punto de vista, cualquier acción ha de ser compatible con los razonamientos éticos anteriores, pero también con el acento propio de los valores de nuestra institución.

En este sentido, las personas que atendemos son la causa, el centro y el criterio fundamental en la atención que realiza la institución³¹. Se valora siempre, sea cual sea su enfermedad o limitación, su dignidad intrínseca, propia de todo ser humano.

La Misión Hospitalaria es la acogida, asistencia y cuidado especializado y preferente a las personas con alguna afección de salud mental, con discapacidad física o psíquica y otros enfermos, con preferencia por los más pobres y marginados.

Valores en los que se expresa la Misión Hospitalaria, como la sensibilidad por los excluidos, la humanidad en la atención y la vocación de servicio a los enfermos y necesitados, hacen que nuestra institución se pronuncie firmemente contra cualquier discriminación ante los pacientes más vulnerables, rechazando cualquier discriminación por razón de edad (edadismo) o por razón de discapacidad física o mental.

Afirmamos, igualmente, la igual dignidad de toda vida humana sin distinción de raza, género, ideología, clase social o capacidad.

Desde este punto de vista y de acuerdo con la inmensa mayoría de las recomendaciones e instituciones expuestas, nos sumamos al llamamiento a evitar toda discriminación y a tratar de prestar una especial protección a los más vulnerables.



12

DECÁLOGO de recomendaciones en la toma de decisiones o elaboración de protocolos en situación de escasez de recursos sanitarios

1. Respeto a la dignidad e igualdad de todos los pacientes, evitando cualquier tipo de discriminación.
2. Protección especial a los más vulnerables, asegurándoles la equidad en el acceso a los recursos.
3. Tener muy en cuenta las preferencias de los pacientes y, en el caso de no ser posible, tratar de trabajar con anterioridad un documento de voluntades anticipadas o contar con sus preferencias expresadas a través de tutores y/o familiares.
4. Cualquier tipo de restricción al acceso de la atención sanitaria deberá ser no discriminatoria y tener la mínima duración posible, por lo que es necesario tener en cuenta la situación sanitaria del área de referencia.
5. Individualización de las decisiones a tomar en cada paciente, utilizando como guía la experiencia clínica e instrumentos de valoración estandarizados (y en el caso de pacientes ancianos, valoración geriátrica integral).
6. Abordaje multidisciplinar en las decisiones a tomar o en la realización de protocolos.
7. Reevaluación dinámica de los casos, cuando los cambios en la situación clínica u otros factores así lo aconsejen.
8. Transparencia en la toma de decisiones con participación de los pacientes y familiares en las decisiones que se adopten.
9. Conformidad con los protocolos vigentes de las autoridades sanitarias y con las leyes aplicables.
10. Adscripción al Marco de Identidad Institucional.



13

Bibliografía

1. Cantor, M. D., Braddock, C. H., Derse, A. R., Edwards, D. M., Logue, G. L., Nelson, W., et al. (1 de enero de 2003). Do-not-resuscitate orders and medical futility. *Arch Intern Med.*; 163(22):2689-94.
2. Fritz, A. et al. (2010). Interpretation and intent; a study of the misunderstanding of DNAR orders in teaching hospital. *Resuscitation*; 81:1138-1141.
3. Chen, T. et al. (2008). Impact of do-not-resuscitation orders on quality of care performance measures in patients hospitalized with acute heart failure. *American Heart Journal*; 156:78-84.
4. Fritz, Z., Fuld, J. (2010). Ethical Issues surrounding do not attempt resuscitation orders: decisions, discussions and deleterious effects. *Journal of Medical Ethics*: 26:583-587.
5. Emanuel, L., Emanuel, M. The Medical Directive. A New Comprehensive Advance Care Document. *JAMA*; 1989;261:3288-3293.
6. Vanpee, D., Swine C. (2004). Scale of levels of care versus DNR orders. *Journal of Medical Ethics*; 30:351-352.
7. Gillick, M., Berkman, S., Cullen, L. (1999). A Patient-Centered Approach to Advance Medical Planning in the Nursing Home. *Journal of the American Geriatrics Society*; 47:227-230.
8. Dunn, P.M., Schmidt T.A., Carley, M.M. et al. (1996). A method to communicate patient preferences about medically indicated life-sustaining treatment in the out-of-hospital setting. *Journal of the American Geriatrics Society*; 44:785-791.
9. Emanuel, M. D. et al. (23 de marzo de 2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19, *NEJM*.
10. Christian, Michael D. (2019). Triage. *Critical Care Clinics*; 35(4): 575-589.
11. Christian, M. D., Sprung, C. L., King, M.A. et al. (2014). Triage: care of the critically ill and injured during pandemics and Disasters: *CHEST* Consensus Statement. *CHEST*; 146(4_Suppl):e61S-74S.
12. Observatorio de Bioética i Derecho (OBD). (Marzo de 2020). Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia. Documento de consenso del Observatorio del OBD. Recuperado de: http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/doc_recom-pandemia.pdf
13. World Health Organization. *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*. ISBN 978 92 4 154983 7.
14. OMC. (23 de marzo de 2020). Informe de la Comisión Central de Deontología en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria.
15. Comité de Bioética de España. (25 de marzo de 2020). Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. Recuperado de: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>
16. SEMEG. Posicionamiento SEMEG respecto de las necesidades y derechos del paciente mayor en la situación actual de pandemia por Covid-19. Recuperado de: <https://www.semeg.es/uploads/archivos/posicionamiento-semeg-covid19.pdf>
17. SEGG. (24 de marzo de 2020). Declaración SEGG COVID-19. Las residencias y centros sociosanitarios son el recurso más vulnerable ante el coronavirus y requieren nuestro apoyo y acciones urgentes de protección. Recuperado de: <https://www.segg.es/media/descargas/residencias-centros-sanitarios-vulnerables-covid-19.pdf>
18. SECPAL. (Marzo de 2020). Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad Covid-19 y que requieran atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida. Recuperado de: http://www.secpal.com//Documentos/Blog/2020_03_23%20FIN%20DE%20VIDA%20Y%20COVID%2019%20_1.%20Documento%20para%20profesionales_1.pdf



19. Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM. (24 de marzo de 2020). Recomanacions per suport a les decisions de limitació d'esforç terapèutic (LET) per pacients amb sospita de covid-19 i insuficiència respiratòria aguda (IRA) hipoxèmica. Recuperado de: <https://estaticos.elperiodico.com/resources/pdf/5/2/1585690697325.pdf>
20. Farrel T. W., Ferrante L. E., Brown T., et al. (2020). AGS Position Statement: Resource Allocation Strategies and Age-Related Considerations in the COVID-19 Era and Beyond. *Journal of the American Geriatrics Society*; 68:1136-1142.
21. Colenda C. C., Reynolds C. F., Applegate W. B., Sloane P. D., Zimmerman S., Newman A. B. et al. (2020). COVID-19 Pandemic and Ageism: A Call for Humanitarian Care. *Gerontologist*; 60: 987-988.
22. Comité de Bioética de Cataluña. (24 de marzo de 2020). Consideracions sobre la limitació de recursos i decisions clíniques en la pandèmia COVID19. Barcelona. Recuperado de: <https://www.comb.cat/Upload/Documents/8/7/8777.PDF>
23. Council of Europe. Committee on bioethics (DH-BIO). (14 de abril de 2020). Statement on human rights considerations relevant to the COVID-19 pandemic. Strasbourg. Recuperado de: <https://rm.coe.int/inf-2020-2-statement-covid19-e/16809e2785>
24. Ministerio de Sanidad. (2 de abril de 2020). Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf
25. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, de 29 de mayo de 2003. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
26. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Consulta: 21 mayo de 2021. Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
27. UNESCO International Bioethics Committee (IBC) and the UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST). (26 de marzo de 2020) Statement on Covid-19: ethical considerations from a global perspective. Paris. Recuperado de: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115>
28. Amnistía Internacional. (Diciembre de 2020). Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en Residencias durante la pandemia COVID-19 en España.
29. Royal College of Psychiatrist. COVID-19: Ethical considerations. Consulta: 21 de mayo de 2021. Recuperado de: <https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/covid-19-ethical-considerations?searchTerms=covid%20ethics>
30. British Medical Association. (20 de abril de 2020). COVID-19 – Ethical issues. A guidance note.
31. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. (2010). *Marco de Identidad de la Institución*. Roma.





Hermanas Hospitalarias

BENITO MENNÍ CASM

C/ Dr. Antoni Pujadas, 38
08830-Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
Tel.: 936 529 999 Fax: 936 400 268
www.hospitalbenitomenni.org

