



# ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE LA CRISIS DEL COVID-19 DESDE LA ÉTICA Y LA DEONTOLOGÍA

**La enfermedad de la soledad, del miedo y de la  
solidaridad**

*Cátedra Maimónides de Profesionalismo Médico*

*Consejo Andaluz de Colegios de Médicos*

## INDÍCE

- **Exposición de Motivos. .... 6**  
*Dr. Emilio García de la Torre.*
  
- **CAPÍTULO I. Algunas reflexiones sobre la pandemia por virus covid-19... 9**  
*Dr. José María Domínguez Roldán.*
  
- **CAPÍTULO II. El médico en el frente. Problemas humanos. .... 21**  
*Dra. Pilar Martínez García.*
  
- **CAPÍTULO III. Análisis crítico de la Pandemia por Covid-19 en España desde la perspectiva de la Ética y la Salud Pública. .... 36**  
*Dr. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas.*  
*Dr. José Miguel Ramos-Fernández.*
  
- **CAPÍTULO IV. Papel de los Centros de Atención Primaria durante la crisis y en la atenuación. .... 61**  
*Dr. Jaime Aparicio Santos.*
  
- **CAPÍTULO V. COVID-19 y Residencias. .... 73**  
*Dr. Javier García Monlleó.*
  
- **CAPÍTULO VI. Asignación de recursos no disponibles: la tentación está en los protocolos. .... 93**  
*Dr. Enrique Villanueva Cañadas.*
  
- **CAPÍTULO VII. Los otros pacientes: víctimas colaterales. .... 116**  
*Dr. Ángel Hernández Gil.*  
*Dr. Antonio Sánchez Pajares.*



- **CAPÍTULO VIII. El Código de Deontología. Nuestra seña de identidad. ... 142**  
*Dr. Eliseo Collazo Chao.*
  
- **CAPÍTULO IX. Repercusión de la gestión sanitaria del covid-19 sobre los derechos fundamentales de los pacientes. .... 150**  
*Dr. Ángel Hernández Gil.*
  
- **CAPÍTULO X. Confidencialidad y secreto durante la Pandemia por SARS-CoV-2. .... 178**  
*Dr. Eloy Girela López.*
  
- **CAPÍTULO XI. Los profesionales sanitarios, trabajadores ante el COVID-19. .... 192**  
*Dra. María Castellano Arroyo.*
  
- **CAPÍTULO XII. COVID-19, Cuestiones médico-legales. La burocracia durante la pandemia. .... 207**  
*Dr. Manuel Checa González.*
  
- **EPÍLOGO. Recomendaciones ante futuros brotes del COVID-19. .... 232**  
*Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.*



## PONENTES

### **Dr. Aparicio Santos, Jaime.**

Vocal Comisión Ética y Deontología Consejo Andaluz Colegio de Médicos. Presidente Comisión Ética y Deontología del Colegio de Médicos de Cádiz. Especialista en Pediatría.

### **Dra. Castellano Arroyo, María.**

Vocal Comisión Ética y Deontología Consejo Andaluz Colegio de Médicos. Catedrática Emérita Medicina Legal y Toxicología Universidad Alcalá de Henares. Académica de la Real Academia Nacional de Medicina y de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental. Ex-Miembro de la Comisión Central de Deontología Médica de la OMC.

### **Dr. Checa González, Manuel.**

Vocal Comisión Ética y Deontología Consejo Andaluz Colegio de Médicos. Presidente Comisión Ética y Deontología del Colegio Médicos de Almería. Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental. Jefe Servicio Clínica Forense Instituto Medicina Legal y Ciencias Forenses de Almería.

### **Dr. Collazo Chao, Eliseo.**

Vocal Comisión Ética y Deontología Consejo Andaluz Colegio de Médicos. Ex-Miembro de la Comisión Central de Deontología Médica de la OMC. Vocal Comisión Ética y Deontología del Colegio Médicos de Córdoba. Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo.

### **Dr. Domínguez Roldán, José María.**

Vocal Comisión Ética y Deontología Consejo Andaluz Colegio de Médicos. Miembro de la Comisión Central de Deontología Médica de la OMC. Presidente Comisión Ética y Deontología del Colegio de Médicos de Sevilla. Jefe Clínico de la UVI Virgen del Rocío de Sevilla.

### **Dr. Fernández-Crehuet Navajas, Joaquín.**

Vocal Comisión Ética y Deontología Consejo Andaluz Colegio de Médicos. Presidente Comisión Ética y Deontología del Colegio de Médicos de Málaga. Catedrático Emérito Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad de Málaga. Académico de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental.



**Dr. García Monlleó, Javier.**

Vocal Comisión Ética y Deontología Consejo Andaluz Colegio de Médicos. Presidente Comisión Ética y Deontología del Colegio de Médicos Granada. Académico correspondiente de Geriatría de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental. Presidente de la Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología.

**Dr. García de la Torre, Emilio.**

Presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Jaén. Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental. Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

**Dr. Girela López, Eloy.**

Secretario Comisión Ética y Deontología Consejo Andaluz Colegio de Médicos. Presidente Comisión Ética y Deontología del Colegio Médicos de Córdoba. Presidente del Comité de Bioética de Andalucía. Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental. Profesor Titular del Departamento de Farmacología, Toxicología y Medicina Legal y Forense Universidad de Córdoba.

**Dr. Hernández Gil, Angel.**

Presidente Comisión Ética y Deontología Consejo Andaluz Colegio de Médicos. Presidente Comisión Ética y Deontología del Colegio de Médicos Jaén. Director Académico Cátedra Maimónides de Profesionalismo Médico del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. Ex-Miembro de la Comisión Central de Deontología Médica de la OMC. Jefe Servicio Clínica Forense Instituto Medicina Legal y Ciencias Forenses de Jaén.

**Dra. Martínez García, Pilar.**

Vocal Comisión Ética y Deontología Consejo Andaluz Colegio de Médicos. Secretaria de la Comisión Ética y Deontología del Colegio de Médicos de Cádiz. Académica Correspondiente de Mérito en Medicina Intensiva de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. Jefa Unidad Cuidados Intensivos Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

**Dr. Ramos-Fernández, José Miguel.**

Especialista en Pediatría. Hospital Regional Universitario Materno-Infantil Málaga. Hospital Regional Universitario de Málaga. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. España.

### **Dr. Sánchez Pajares, Antonio.**

Vocal Comisión Ética y Deontología Consejo Andaluz Colegio de Médicos. Presidente Comisión Ética y Deontología del Colegio de Médicos Huelva. Especialista en Radiodiagnóstico. Ex Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

### **Dr. Villanueva Cañadas, Enrique.**

Vocal Comisión Ética y Deontología Consejo Andaluz Colegio de Médicos. Catedrático Emérito Medicina Legal y Toxicología Universidad de Granada. Académico de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental. Ex-Presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC. Director Cátedra Maimónides de Profesionalismo Médico del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.

### **Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.**



De izquierda a derecha: Dr. Antonio Sánchez Pajares, Dr. Manuel Checa González, Dr. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas, Dr. Enrique Villanueva Cañadas, Dra. María Castellano Arroyo, Dr. Angel Hernández Gil, Dr. José María Domínguez Roldán, Dr. Jaime Aparicio Santos, Dr. Eliseo Collazo Chao, Dr. Eloy Girela López, Dra. Pilar Martínez García y Dr. Javier García Monlleó.



## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

*Dr. Emilio García de la Torre*

Hemos vivido unos momentos de enorme impacto y de gran trascendencia para la vida de nuestra comunidad, en la que los médicos hemos estado ávidos de noticias, explicaciones y criterios solventes, ante un gobierno que ha estado dando palos de ciego, informaciones sesgadas, falta de ideas claras y rectificando continuamente. Un gobierno que según nos iba informando diariamente, seguía las pautas de un Comité de expertos, que ni siquiera existía.

El virus ha venido para quedarse. Son, en el momento de escribir estas líneas, más de 28000 los fallecidos por esta pandemia (algunas fuentes fidedignas los elevan por encima de 50000) y miles y miles los contagiados, lo que hace que seamos el país de mundo con mayor número de infectados y personas fallecidas por número de habitantes. A ello que habría que añadirle el que tengamos la mayor proporción de personal sanitario afectado (son más de 52000 los contagiados y al menos 62 los médicos que han dado su vida atendiendo a los demás). Esto no es para estar ilusionados, como se nos ha hecho llegar, sino para estar preocupados, para plantearnos donde estamos y lo que tenemos, y así poder sacar conclusiones. Es la principal razón de ser de este informe, realizado por la Cátedra Maimónides de Profesionalismo Médico del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, desde el punto de vista de la Ética y Deontología, que se quiere hacer llegar a la sociedad.

Desde principios de la pandemia, los sanitarios perdieron gran parte de su capacidad de gestión habitual, sus competencias se vieron modificadas, pero sobretodo, ha sido lo que se viene a denominar profesionalismo médico, el que ha sufrido una mayor alteración, siendo la relación médico-paciente la más perjudicada.

En este estudio realizado, se ha intentado ser lo más objetivo posible, pero sin obviar ninguna de las deficiencias y desajustes que, en el funcionamiento normal o anormal del servicio público, se hayan producido.

En el informe se abordan inicialmente algunas reflexiones generales sobre la pandemia, describiendo, no sólo aspectos asistenciales en las Unidades de Cuidados Intensivos, el papel desarrollado por los Servicios de Atención primaria y las situaciones vividas en las Residencias de mayores, sino también los aspectos Epidemiológicos en los que se analizan las líneas de respuesta dadas y las posibles soluciones a los errores cometidos.

De igual modo, se analiza desde el punto de vista de la Ética y la Deontología, la asignación de recursos no disponibles para todos los pacientes, especialmente el ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos, analizando los protocolos instaurados en fases iniciales de la pandemia, algunos amparados en criterios exclusivamente utilitaristas.

De un modo más general, se estudian los aspectos deontológicos que han incidido en los derechos y deberes de médicos y pacientes. Se realiza así mismo un detallado análisis de las principales repercusiones que la gestión de la crisis durante el estado de alarma ocasionó sobre los derechos fundamentales de los pacientes, incidiendo en cuestiones trascendentes como son la confidencialidad y el secreto médico.

Especial trascendencia tiene el estudio, análisis y resolución de aquellos aspectos ligados al ámbito laboral de los profesionales sanitarios que contrajeron la infección con motivo de su ejercicio profesional.

No olvida la redacción del presente documento las cuestiones médico legales más relevantes, poniendo especial énfasis en el abordaje de la emisión de los certificados médicos de defunción o la cuestión polémica de la práctica de autopsias médico legales.

Finaliza el presente informe con el principal objetivo del mismo, esto es, con la emisión de una serie de recomendaciones ante futuros brotes del COVID-19, elaboradas por la totalidad de la Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, que puedan servir de base para corregir los defectos apreciados, las enseñanzas obtenidas y aportar propuestas y soluciones de futuro.



La visión que nuestra Comisión Deontológica ha querido plasmar, es que han sido los profesionales sanitarios, con su compromiso y dedicación, los que han evitado que la tragedia haya sido mayor.

En este orden de cosas, el Dr. D. Serafín Romero, nuestro Presidente del CGCOM, en una conferencia pronunciada en el Club Siglo XXI, ha resumido el pasado, el presente y el futuro en 2 ideas:

- Se ha abusado de nuestro compromiso con el paciente. Una vez más se nos ha exigido este compromiso apelando a nuestra vocación.
- Ahora toca afrontar el presente y el futuro desde la responsabilidad, pero también desde la toma de medidas valientes.

Esta epidemia podemos definirla como “la enfermedad de la soledad, del miedo y de la solidaridad”. Vaya nuestro recuerdo, y el de todos los sanitarios andaluces, por el miedo que hemos pasado, por los compañeros que ya no están con nosotros y sobre todo por esas personas que han muerto en soledad, víctimas de la enfermedad, pero sobre todo de sus familias, que no han podido abrazar, darles su último adiós y despedirse de ellos. Tiene que haber sido muy duro. DEP.

Esto no ha terminado. Tenemos que estar preparados para lo que viene y como no para futuras pandemias. Es tarea de todos. Adelante. Juntos venceremos.

Sevilla, 30 de julio de 2020.

## CAPÍTULO I

### ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA PANDEMIA POR VIRUS COVID-19

*Dr. José María Domínguez Roldán*

#### **I. SOBRE LA MEDICINA, LA CIENCIA DE LA INCERTIDUMBRE, TAMBIÉN EN PERIODO COVID.**

La medicina de la última parte del siglo XX y principios del siglo XXI ha sido frecuentemente concebida como una ciencia infalible para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, siendo frecuentemente supervaloradas las posibilidades reales de la medicina actual.

Es cierto que la experiencia acumulada a lo largo de los años, y el empleo del método científico, han ayudado a realizar una medicina de más calidad y con mayor capacidad para conocer, y transformar la evolución natural de ciertas enfermedades conocidas.

El desarrollo de nuevas enfermedades siempre se acompaña de dudas, inquietudes, e incertidumbres respecto a su historia natural, y su manejo diagnóstico y terapéutico. El análisis calmado del curso clínico, sus asociaciones, y las semejanzas con otros procesos similares, permiten con frecuencia el establecimiento de estrategias de investigación que posibilitan un detallado conocimiento del proceso morboso.

Sin embargo, la epidemia por el virus COVID-19 ha superado los ritmos de adquisición de conocimiento habituales para cualquier otra enfermedad conocida. En pocas semanas cientos de miles de personas en todo el mundo han sido contagiadas por el virus, desarrollando muchas de ellas un síndrome clínico, a veces banal, en muchas otras ocasiones grave, y en algunos casos, mortal. Casi nada ha sido previsible en esta detonación vírica a nivel mundial. Las características del virus, la alta movilidad de la población a nivel mundial, y la especial susceptibilidad a la infección de determinados grupos etarios, han posibilitado la conversión, en pocas semanas o meses de una infección

considerada circunscrita a la ciudad china de Wuhan, en una pandemia mundial. Posiblemente la arrogancia médica, *“nunca ha habido una pandemia mundial desde que la medicina moderna se desarrolló”*, *“todas las nuevas enfermedades se parecen a las ya conocidas”*, *“no hay nada nuevo bajo el sol”* que dirían los clásicos, han contribuido a la expansión explosiva de la epidemia.

Pero no solamente la capacidad de infección del virus y su rápida diseminación a nivel mundial han sorprendido al mundo científico, también las manifestaciones clínicas, las pautas diagnósticas, y las estrategias terapéuticas han superado el conocimiento médico.

El profesor William Osler, a principio del siglo XX ya expresaba a sus alumnos la relevancia que la incertidumbre clínica tiene en la medicina; *“la medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”*. Seguramente nadie ha descrito mejor la zozobra médica que ha asolado el mundo durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19.

Las limitaciones de nuestros conocimientos y el papel del azar en el devenir de los acontecimientos en la pandemia han marcado la preocupación experimentada por los expertos en este tipo de materias médicas.

## **II. SOBRE LA GESTIÓN CIENTÍFICA Y ADMINISTRATIVA DE LA PANDEMIA EN ESPAÑA.**

Tras el establecimiento del estado de alarma el día 14 de marzo de 2020 en España, se estableció por Real Decreto un mando único de control gubernamental que determinaba que todas las autoridades civiles sanitarias de las administraciones públicas del territorio nacional, quedaran bajo las órdenes directas del Ministro de Sanidad. Lo que desde un punto de vista formal podría considerarse correcto para la adecuada gestión de bienes y servicios necesarios para la protección de la salud pública en la situación de pandemia, pasó a derivar a una gestión que ha llevado a nuestro país a una de las mayores tasas de mortalidad en el periodo COVID del mundo occidental.

El mando único de control gubernamental se autoproclamó como la única voz oficial para la información científica sobre la epidemia. Datos sobre

incidencia, prevalencia, recomendaciones de prevención del contagio, provenían de una sola fuente. El Ministerio de Sanidad, a través Centro de Coordinación y Alertas y Emergencias Sanitarias se erigió como la voz científica oficial que monopolizaba el análisis de datos provenientes de fuentes clínicas y epidemiológicas de dentro y fuera de nuestro país. Ese mando ministerial se autoproclamó “cerebro y voz” de la verdad científica de la epidemia. ¿Fue una decisión correcta la asunción por parte de un Ministerio de Sanidad esa responsabilidad? ¿Tenía el Ministerio de Sanidad suficiente infraestructura para la misión encomendada, teniendo en cuenta el nivel de descentralización organizativo actual de la sanidad española? ¿Se vio influenciada la toma de decisiones del Ministerio de Sanidad por influencias políticas y no técnicas? Parece evidente que los fundamentos científicos no han guiado de modo permanente las decisiones adoptadas por el mando único en materia sanitaria. En muchas ocasiones esas decisiones no han estado basadas en fundamentos científicos, sino que frecuentemente las recomendaciones sanitarias han estado influenciadas por presiones administrativas y políticas. Durante la primera fase de la pandemia estuvo “oficialmente proscrito” el uso de mascarillas, por considerarlas innecesarias para la prevención de la transmisión del virus. En algunos hospitales se prohibió expresamente el empleo de las mismas “*para no alarmar a la población*”. Pocas semanas después se cambió el criterio, pasando a ser mandatorio su empleo. Es obvio que en ese intervalo de tiempo no hubo ninguna evidencia científica que apoyara esa modificación de criterio, y mucho menos podríamos hablar de que hubiera existido previamente evidencia científica que apoyara el no empleo de la mascarilla como prevención de la infección. El desabastecimiento de mascarillas para subvenir las necesidades de la población pudo influir en esas decisiones iniciales de no recomendar su empleo. Como en algunos el círculo médico se habló, se pasó de la “*medicina basada en la evidencia*”, a “*medicina basada en las existencias*”.

Otra cuestión destacable en el análisis del desarrollo de la pandemia ha sido el nivel de responsabilidad de las comunidades autónomas, en concreto de las distintas Consejerías de Salud, en la prevención de la transmisión de la

enfermedad, así como la previsión de la adquisición de los recursos necesarios para la asistencia sanitaria a pacientes con riesgo COVID. Hemos podido observar un cruce de acusaciones relativas a las responsabilidades en materia de salud pública en el periodo previo al establecimiento del estado de alarma. En la mayor parte de las comunidades autónomas ya existían estructuras organizativas con responsabilidad en materia de salud pública. La mayor parte de estas comunidades autónomas contaban con Direcciones Generales de Salud Pública, con competencias dirigidas al control de las enfermedades y riesgos para la salud en situaciones de emergencia sanitaria, así como en la organización de la respuesta ante situaciones de alertas y crisis sanitarias. ¿Actuaron diligentemente en su obligación de prevenir los riesgos para la salud dichas organizaciones pertenecientes a las comunidades autónomas? Aunque a posteriori muchos de los responsables políticos de las Comunidades Autónomas han criticado la falta de previsión del riesgo por parte del Ministerio de Sanidad, no es menos cierto que ninguna estableció planes de alarma con anterioridad a la creación del mando único ministerial, e igualmente ninguna determinó acciones preventivas, ni para la transmisión del virus COVID-19 ni para la adquisición de material de protección para los profesionales sanitarios para el supuesto de la aparición de la epidemia.

### **III. SOBRE EL ABORDAJE CIENTÍFICO-TÉCNICO DE LA PANDEMIA. LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA DEJÓ DE SER UN PARADIGMA.**

La medicina con base científica representa actualmente el método más aceptado para el abordaje de los problemas de salud. Una aproximación sistematizada, fundamentada en el método científico es hoy en día reconocida como un elemento clave en el desarrollo del conocimiento médico. Durante los últimos 20 años medicina la basada en la evidencia ha sido considerada como una herramienta indispensable para la evaluación de actuaciones médicas, principalmente terapéuticas. La medicina basada en la evidencia se puede definir como *"el uso concienzudo, juicioso y explícito de mejores pruebas actualizadas que ayuden a tomar decisiones para la atención a pacientes, la prevención de enfermedades, y actividades de salud comunitaria"*. Se

fundamenta en ciertas suposiciones: la existencia de una única "verdad" que sea comprobable a través de la investigación empírica, y una lógica lineal de causalidad en la que determinadas intervenciones tienen determinados efectos, o determinados fenómenos producen efectos específicos. Este tipo de medicina exige un rigor metodológico elevado, con una jerarquía en los diseños de las investigaciones y el control mediante herramientas metodológicas de los posibles sesgos.

En el caso de la pandemia por COVID-19, fenómeno de dimensiones gigantescas, el mantenimiento de todos estos posibles supuestos metodológicos estrictos para la verificación de pruebas y conclusiones certeras sobre la enfermedad se han visto notablemente frustradas. Es cierto que algunas preguntas, como las relacionadas directamente con la vacunación, o con el tratamiento médico de la infección por COVID-19 son susceptibles de ser respondidas mediante ensayos controlados aleatorizados, aunque, evidentemente, los plazos necesarios para el desarrollo de tales evidencias no se correspondían con la urgente demanda de dar respuesta al episodio epidémico presente. Pero, además de estas respuestas sobre vacunas o sobre determinadas terapéuticas, otras muchas preguntas que se ciernen sobre la epidemia no pueden ser respondidas mediante el modelo de medicina basada en la evidencia, la cual se construye respondiendo preguntas enfocadas, típicamente enmarcadas como 'PICO': la población-intervención-comparación-resultado.

Esas otras respuestas relativas a la pandemia por COVID-19 no pudieron ser contestadas mediante la simplicidad de un experimento controlado en la que se analiza la utilidad de una única intervención. Las preguntas y las respuestas en el caso de la pandemia por COVID-19 son más complejas. Es cierto que las intervenciones preventivas de salud pública cada vez se prestan más a un diseño de este tipo, ya que la adopción de hábitos y comportamientos por parte de la población (distanciamiento social, empleo de mascarillas faciales, lavado de manos) deberá asociarse a un decremento de la tasa de contagiosidad del virus COVID-19. Sin embargo, la implantación de estas medidas exige una participación activa y real de toda la población, la cual debe ser consciente no

solamente de la relevancia de estas acciones, sino de su mantenimiento a lo largo del tiempo. No cabe duda de que es más fácil prescribir medicamentos que conseguir cambios en los hábitos sociales de manera sostenida. Para conseguir una eficacia de las intervenciones en salud pública estas deben ser persistentes, y con adaptaciones locales a la población a la que se le pide el cambio de conducta.

Por otra parte, la medicina basada en evidencia siempre ha tendido a clasificar el diseño metodológico este tipo de intervenciones comunitarias como de "baja calidad". Parece por tanto indudable, que la epidemia por COVID-19 ha puesto en crisis el paradigma de que la verdad se escondía detrás de la medicina basada en la evidencia.

Probablemente es el momento de recurrir a un paradigma científico diferente para cubrir las necesidades de contención de la epidemia por COVID-19. La relación directa causa-efecto en el caso de esta epidemia no es posible, ya que no existe una relación constante entre las mismas. La lógica de la medicina basada en la evidencia, a través de la cual los científicos persiguieron el objetivo de la certidumbre, previsibilidad, y causalidad lineal sigue siendo útil en algunas circunstancias, pero no para los estudios a nivel poblacional. En estos es necesario modificar la aproximación epistémica para hacer mejor el abordaje de la incertidumbre, la imprevisibilidad, y la causalidad no lineal.

En el caso de la epidemia por COVID-19 estamos ante un sistema complejo en el cual no podemos realizar una pregunta simple como "¿qué efecto tendrá esta acción sobre la evolución del proceso?", Sino "¿puede esta intervención contribuir, junto con otros factores, a conseguir un efecto deseado?". El control de la epidemia por COVID-19 no se consigue con una única intervención, sino que es necesario la realización de múltiples intervenciones para alcanzar un efecto beneficioso global.

En el paradigma de sistemas complejos, múltiples factores influyen en la evolución del proceso. Por ello, es necesario realizar una investigación sobre los diversos aspectos epidemiológicos incidentes, intentando identificar aquellos factores que tengan una influencia directa (con mayor o menor peso) sobre el

problema médico. Al analizar la pandemia por COVID-19 la enfermedad debe olvidarse el dualismo como modelo, pasando a un paradigma de interrelaciones de distintos factores en la génesis del proceso.

Durante este periodo pandémico también hemos podido observar cómo, ante la ausencia de evidencias para prevenir el contagio, controlar la diseminación del virus, y tratar a la población y a los pacientes afectados por la infección, han emergido aproximaciones peculiares y bizarras, a veces con gran impacto en la población. Así, hemos sido testigos durante estos últimos meses de la aparición de: 1.- "La medicina basada en la autoridad", en la que la toma de decisiones está basada en la opinión, no siempre adecuadamente sustentada, de personas autoerigidas como "autoridades científicas"; 2.-"La medicina basada en la fe" en la que un sistema de creencias ayudaba a estimar cual debía ser la mejor aproximación al tratamiento y prevención de la infección. A este respecto, no podemos olvidar al Presidente de México, López Obrador informando sobre el hecho de que la fe era la mejor manera de abordar el control de la epidemia, mostrando símbolos religiosos y amuletos como la mejor manera de protegerse de la infección; 3.-"La medicina basada en los políticos" en la cual dirigentes políticos establecían, sin razonamientos sustanciales, la mejor manera de tratar la enfermedad. También recordamos al presidente Donald Trump recomendando el uso de la hidroxycloroquina en la profilaxis de la infección por COVID, o al Presidente de Brasil, Jair Bolsonaro criticando la recomendación de emplear mascarilla para protegerse del contagio al considerarla innecesaria; y 4.- "La medicina basada en las creencias", posiblemente la más ejercida en los países occidentales en el periodo en el que la epidemia solamente afectaba a los países asiáticos. Durante el mismo, la mayor parte de aquellos países "creyeron" que la epidemia nunca iba a llegar, que era debido a un problema epidemiológico local y singular de los países en los que se inició la epidemia, y que por tanto no tenía sentido la toma de decisiones a nivel poblacional. Posiblemente, este tipo de "medicina" condicionó retrasos críticos al no tomarse decisiones como la realización de cuarentenas, cierre de escuelas, prohibición de grandes reuniones, distanciamiento social, control de brotes en el hogar,

realización realizada de tests etcétera. A ellas se añade, la "medicina basada en las existencias" antes mencionada, en la cual las recomendaciones profilácticas o terapéuticas estaban claramente condicionada por la disponibilidad del material requerido para el abordaje preventivo y terapéutico del COVID 19.

Posiblemente para el mejor abordaje de la pandemia por COVID, tanto los ensayos aleatorios (práctica de la medicina basada en la evidencia) como los experimentos naturales (empleo de la evidencia basada en la práctica) deban ser empleadas conjuntamente, y no con una relación jerárquica, sino en una relación complementaria y colaborativa, en la que los diseños no aleatorizados sean considerados como útiles e imprescindibles en vez de ser minusvalorados por la medicina basada en la evidencia.

#### **IV. SOBRE LA ANALOGÍA Y EL CASUISMO CLÍNICO COMO RECURSOS ANTE LA AUSENCIA DE EVIDENCIA. LA IMPOSIBILIDAD DE USO DEL MÉTODO INDUCTIVO; LA DIFICULTAD DEL MÉTODO DEDUCTIVO.**

Desde el punto de vista científico y filosófico la aproximación metodológica a los fenómenos asociados a la pandemia no ha sido fácil. La súbita irrupción de la enfermedad por COVID-19 en todo el mundo, y la gravedad de los eventos clínicos asociados, hizo que se establecieran urgentes estrategias para el estudio de los mecanismos de transmisión, consecuencias clínicas, y tratamiento del virus. Sin embargo, el sosiego que el método científico requiere para encontrar evidencias adecuadas se ha visto sobrepasado no solo por la celeridad de propagación del virus en todo el mundo, sino también por la presión que los científicos han sufrido para que encontrasen, de modo urgente, soluciones a los problemas asociados a la pandemia. Al igual que ocurre con el resto de las enfermedades infecciosas, existe una relación de causalidad entre el virus COVID-19 y el desarrollo de la enfermedad. No obstante, aunque en esa vinculación existe. Un elemento inicial, el virus, y un elemento final, la enfermedad, la relación causal entre ambos está condicionada. Aunque el virus COVID-19 es una condición necesaria para que se produzca la enfermedad, no es una condición

suficiente para que se genere la misma. Debido a la existencia de diversos fenómenos, aún no claramente establecidos, el contacto con el virus no causa indefectiblemente la enfermedad. La proposición científica de la generalización de observación es particularmente cierta, aunque sólo en términos de probabilidad y no de la certeza que el control de la epidemia por COVID requería. De acuerdo con Karl Popper, existe una ambigüedad de la confirmación inductiva de la hipótesis que establece la relación causal exclusiva. De hecho, la inducción, como método de análisis para el estudio de la causalidad de la infección en relación al desarrollo de enfermedad, evidencia que la probabilidad de la demostración del efecto disminuye cuanto más ampliamente social sea el fenómeno estudiado, tal como ha ocurrido en esta pandemia.

La deducción es el método que permite pasar de afirmaciones de carácter general a hechos particulares. La deducción desempeña un papel muy importante en la ciencia, y mediante ella se aplican principios conocidos a casos particulares. Las hipótesis de las que se derivan planteamientos particulares se elaboran con material empírico recolectado a través de diversos procedimientos como la observación y el experimento. ¿Han podido plantearse hipótesis razonables para el manejo de los pacientes COVID?; dado que el método inductivo no ha sido de utilidad ¿ha sido posible realizar hipótesis plausibles que pudieran explicar los diversos fenómenos asociados a la pandemia y a la enfermedad? Obviamente, las respuestas, a 5 meses del comienzo de la pandemia en España son no.

¿Cómo han sido manejados, desde un punto de vista metodológico, los problemas de salud pública en estos primeros meses de la pandemia y la enfermedad? ¿Cuál ha sido el método empleado por científicos para el esclarecimiento de una de las mayores catástrofes de los últimos siglos? Ante la insuficiencia de la inducción y deducción, la comparación con enfermedades similares ha hecho que la analogía haya sido una de las herramientas de razonamiento más empleada. El casuismo, un método tradicionalmente empleado para el abordaje de problemas éticos y morales, ha sido, junto con el método analógico, el otro instrumento de reflexión durante los primeros meses de

la pandemia. La identificación de casos paradigmáticos similares de buena evolución (cuadros de gripe graves con estrategias terapéuticas exitosas; síndromes clínicos que favorecían el desarrollo de cuadros trombóticos, estrategias de prevención de transmisión de enfermedades respiratorias, etc) han sido invocados como referentes analógicos que pudiera ser útiles en la solución de la transmisión del virus COVID-19 y su síndrome clínico asociado.

## **V. SOBRE UN ANÁLISIS TELEOLÓGICO DE LA PANDEMIA.**

"Sopa de Wuhan" es una compilación de pensamiento contemporáneo en torno a la epidemia por COVID 19 y las realidades que pueden observarse en todo el mundo. En dicho libro. El filósofo neohumanista Markus Gabriel considera que el virus está humillando a la humanidad, y que está poniendo en entredicho el supremacismo del hombre con respecto a la naturaleza.

El nivel de desconcierto, miedo, inquietud y crisis científica que la epidemia por COVID ha traído es interpretado por algunos como un claro mensaje de la relación entre los distintos seres vivos que pueblan el planeta. Los virus, al no tener estructura celular no se les puede clasificar dentro de los principales grupos de los seres vivos, e incluso algunos científicos cuestionan que sean seres vivos, considerándolos solo material genético. Aunque el origen del virus COVID-19 sigue siendo desconocido, algunos pensadores sustentan su aparición en la "Teoría del equilibrio puntuado", según la cual una gran parte del cambio evolutivo tiene lugar en periodos breves unidos a episodios de especiación. Según esta teoría, las especies están mucho tiempo sin ningún cambio o con cambios poco importantes, pero en determinados momentos, algunas especies tienen periodos de cambio muy rápido. Esta teoría, que relega la selección natural a un segundo plano, otorga un papel relevante a la importancia que las bacterias y virus tienen en otros sistemas más organizados, de modo que la vida en el planeta sería un proceso de integración de sistemas complejos que se autoorganizarían en otros sistemas de mayor nivel. ¿Está el virus COVID-19 jugando un papel en esa autoorganización de la naturaleza? ¿Está favoreciendo la selección por eliminación "de seres humanos de menor trascendencia y utilidad"? Algunos

sostienen que la situación de pandemia es el resultado de una inadecuada relación del ser humano con el planeta, que debería obligar a un profundo proceso de reflexión sobre las formas de entender el mundo por parte del hombre.

Aunque la intuición teleológica proponiendo la pandemia por COVID-19 como un plan secreto de la naturaleza para mostrarnos que somos seres precarios y frágiles, suene a conspiración universal, el hombre-científico no debe olvidar que aunque está obligado a comprender la causalidad socio-técnica de este nuevo virus, también debe considerar, en un sentido valorativo el hecho de que un virus, un ente de naturaleza misteriosa, invisible, casi situado fuera del reino animal, esté amenazando la propia relación del hombre no solo con el resto de los humanos, sino con todo el entorno natural.

## CONCLUSIONES

- La primera ola de la pandemia por COVID-19 puso a prueba a los Servicios Sanitarios de las Sociedades más avanzadas del mundo, y ante el inminente rebrote debemos ser consciente de nuestros puntos débiles, de los errores cometidos, construyamos un sistema sanitario con mayor resiliencia, esto es, con mayor capacidad de afrontar cuantas adversidades están por venir.

- Debido a la eclosión vírica por CoVID-19, la medicina basada en la evidencia (el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes) dejó de ser un paradigma ante su insuficiencia para aportar luz al manejo de los pacientes afectados por la enfermedad.

- Dado el corto periodo de historia natural de la infección por virus COVID-19 antes de la pandemia, la inducción y la deducción se han mostrado insuficientes como herramientas base del método científico, por lo que el casuismo, junto con el método analógico, fueron los grandes instrumentos para el abordaje clínico y epidemiológico de la pandemia.



▪ Dado que en la primera ola de la pandemia una de las causas de ineficiencia del sistema sanitario fue la fragmentación de la asistencia médica por su dependencia directa de la gestión de las comunidades autónomas, parece adecuado pensar que para futuros brotes epidémicos de incidencia similar, se debe instaurar un modelo de solidaridad interterritorial a fin de incrementar la eficacia y efectividad del sistema sanitario.

▪ Finalmente, es obligación de la medicina y de toda la sociedad realizar un análisis teleológico de la pandemia por COVID-19 ya que el hombre-científico está también obligado a comprender la causalidad socio-técnica de este nuevo virus, un ente de naturaleza misteriosa que está amenazando la propia relación del hombre no solo con el resto de los humanos, sino con todo el entorno natural.



## CAPÍTULO II.

### EL MÉDICO EN EL FRENTE: PROBLEMAS HUMANOS

*Dra. Pilar Martínez García*

#### Introducción

La similitud con la guerra ha sido una constante durante la pandemia por coronavirus. En las trincheras hemos luchado desde muchos frentes: atención primaria, urgencias, infecciosos, neumología... en las Unidades de Cuidados Intensivos hemos atendido pacientes a los que la enfermedad les ha tratado con mayor virulencia. Desde la UCI del HU Puerto Real, expongo nuestras inquietudes y vivencias.

#### ***“El miedo es más intenso cuanto más cerca lo sentimos”***

Los intensivistas estamos acostumbrados a luchar con la enfermedad, nos enfrentamos diariamente a la dureza que representa el sufrimiento y miramos cara a cara a la muerte. Estamos curtidos, o eso creíamos, hasta que nos topamos con la COVID-19 una enfermedad que en unos escasos meses ha modificado nuestra forma de vivir y de relacionarnos. Es la enfermedad del miedo, pero también de la soledad y la solidaridad.

Durante el mes de enero, las noticias que llegaban de China ni tan siquiera nos inquietaban ya que la distancia nos hacía sentir protegidos. Las imágenes de calles solitarias, ciudades deshabitadas, salas de hospital con decenas de pacientes atendidos por sanitarios con equipos de alta protección... nos eran ajenas. A principios del mes de febrero ya empezó a cambiar algo, la “segura” Europa en la que nos movemos estaba viéndose afectada. El norte de Italia enviaba mensajes que no entendimos o no quisimos entender. A mediados del mes de febrero, el primer paciente autóctono ingresaba en el Hospital de Torrejón. Empezaba ahí la pesadilla.

En nuestro interior ya aparecía cierto desasosiego. Sabíamos que antes o después nos enfrentaríamos a un enemigo del que desconocíamos casi todo que

ya había afectado a miles de personas en China e Italia y dejado un reguero de dolor y sufrimiento.

De las enfermedades que habitualmente atendemos conocemos su fisiopatología, la evolución, la clínica, su tratamiento, su pronóstico... de esta, de la COVID 19, debido a que había aparecido unos meses antes, a las escasas y contradictorias publicaciones, casi nada, así que nos encontrábamos frente a ella y desprotegidos con terapias escasamente experimentadas (semanas antes no se nos habría ocurrido aplicar un tratamiento a una enfermedad que no hubiera estado apoyado en citas bibliográficas o en la MBE). Sobre las indicaciones farmacológicas, que eran recomendadas por el Ministerio de Sanidad, hay que decir que o bien los medicamentos no estaban disponibles en muchos hospitales o bien no tenían probada su eficacia.

En los primeros días, contacté con compañeros de grandes hospitales, quienes generosamente me enviaron los protocolos que aplicaban. No había dos iguales. Al igual que ellos casi a diario cambiábamos las normas de actuación.

### **Ante todo no infectarnos**

Días antes de que ingresara el primer paciente en el Hospital, que lo hizo en UCI, la Unidad de Riesgos Laborales organizó unos talleres que tenían como objetivo el que nos familiarizáramos con los equipos de protección (EPIs), luego decidimos realizar los protocolos de entrenamiento de su puesta en la Unidad, con los equipos que teóricamente tendríamos.

Los hospitales se preparaban, se elaboraban planes de contingencia: escenario 1, escenario 2, escenario 3. Con inquietud e incertidumbre esperábamos a ese primer paciente, que aunque sabíamos que llegaría, deseábamos que no lo hiciera.

Tras dos falsas alarmas, que nos sirvieron de entrenamiento, llegó el primer paciente y el segundo, el tercero, el cuarto, el quinto, el sexto. Y con ellos el miedo. Somos médicos y nuestra función en la vida es ayudar a los demás a

recuperar la salud. Tuvimos MIEDO no solo por contagiarnos, sino por llevar la enfermedad a nuestras casas, a nuestras familias.

Este miedo se sustenta en el desconocimiento ¿por qué se desarrolla en unas personas de forma banal y en otras con una agresividad terrible?, en el sufrimiento, porque vemos y sentimos el dolor y la soledad de las familias, de los pacientes, en la tasa de contagios, más elevada que en otras enfermedades y con una evolución y pronóstico inciertos y nos preguntamos: si nos infectamos, ¿cómo responderá nuestro organismo? Si contagiamos a nuestros allegados, ¿cómo les afectará?

Los pacientes no COVID no debían convivir con los COVID, de forma que tal como se había previsto en el plan de Contingencia se habilitó una nueva UCI, la UCI NO COVID y en los días de más afluencia una tercera unidad. No había suficientes enfermeros preparados para atender a los pacientes graves. No había suficientes especialistas.

Las guardias de 24 h se hicieron insostenibles, por lo que se pasó a realizar turnos de 12 h. Quiero agradecerle a todos los que hicieron posible la asistencia sanitaria: al recién jubilado, a antiguos enfermeros de UCI que volvieron, al intensivista casi retirado encargado de otras tareas que no dudó en incorporarse, a los que tenían otras especialidades que se incorporaron para ayudarnos, a la que renunció a su baja maternal, a los residentes que crecieron demasiado rápido, a la que no podía estar en casa, a los anestesiólogos, a enfermeros de otras áreas..., y por supuesto a la plantilla de la Unidad y al equipo directivo. Gracias a todos.

Ya que de lo poco que conocíamos de esta enfermedad es que afecta más a las personas de más edad, nada hubo que decir: de forma voluntaria los profesionales sanitarios más jóvenes quedaron en la Unidad COVID.

## La vida en el box

Había una gran tensión, se atendían a pacientes de larga estancia y con alta contagiosidad, en los que un día era igual a otro. Los pases de guardia monótonos: hemos pronado, hemos supinado, los parámetros del respirador, la oxigenación.

A primera hora de la mañana en la Unidad tocaba la organización del trabajo. Asignación de pacientes a médicos y enfermeros, gestión del tiempo y los medios dentro de los boxes.

Dentro de las habitaciones nos esperaba: dificultad de la comunicación con el personal que permanecía en la Sala (unos intercomunicadores solucionaron este problema), ansiedad, pérdida de control del tiempo, calor, hipoglucemias, gafas de protección empañadas que dificultaban la visión, deshidratación... miedo. Tras horas con el EPI: marcas en la cara, flictenas en la nariz, bebidas azucaradas, ducha..., y a seguir.

Hemos dedicado nuestra vida a curar, a ayudar a los demás. El solo hecho de pensar que podíamos ser vehículos de un daño, no solo a personas anónimas, sino a compañeros y a familia nos hizo vulnerables, a la vez que nos dio una fortaleza desconocida. Teníamos MIEDO.

Un miedo que no paralizaba, que unía a médicos, enfermeros, auxiliares, celadores, limpiadoras, todos como una piña, todos a una. Todos, todos necesarios, formamos una cadena en la que ningún eslabón era más importante que otro, pero que ninguno podía fallar, ninguno podía faltar. Estábamos todos juntos para que no nos dañara la desolación. Todos con un objetivo común. Todos con ilusión. Los mayores aportaban su experiencia desde el otro lado del cristal, los jóvenes su coraje. El equipo de limpieza es como un ejército invisible con quienes habitualmente solo cruzamos un "buenos días", ahora se han personificado. En esta situación extraña, combinación de compañerismo, miedo y tensión se grababan vídeos, montajes que transmitían, al igual que en la guerra, esperanza y seguridad en la victoria. JUNTOS SOMOS MÁS FUERTES. La dureza de la batalla se quedaba para nosotros.

### **Queremos que NOS CUIDEN.**

A nivel individual presentamos alteraciones del sueño, despertábamos súbitamente pensando en los parámetros del respirador o si tendríamos material de protección suficiente. Un gran peso social, una gran responsabilidad caía sobre nosotros. Nos sabíamos necesarios, así nos lo decía la Sociedad, así lo sentíamos y así era.

Pasillos desiertos, habitábamos un hospital fantasma. Una llamada: *"agradeceríamos que les comunicases a los miembros de tu Unidad que si necesitan algo que lo hagan por teléfono"*. Estábamos estigmatizados, lo que hacía más dura la situación por la que estábamos pasando. El miedo estaba presente en cada rincón del hospital.

La escasez de capelinas, calzas, batas, pantallas protectoras nos preocupaba, los pacientes seguían llegando y la protección del personal era fundamental. Se lanzó un mensaje y la SOLIDARIDAD apareció en forma de costureras, empresas... Esperaba con ansia la llamada del viernes por la tarde: *"doctora, ¿el paquete lo dejo donde siempre?"*. Gracias a ellos no nos faltó material. Gracias a todos. Siempre hay ángeles que nos protegen.

Otra cosa fueron las mascarillas. La demanda mundial de mascarillas rompió el mercado y enviaron varios pedidos de mascarillas defectuosas. El problema fue que nos lo comunicaron cuando llevábamos varios días utilizándolas en los que además se habían realizado tres traqueotomías (que es la técnica que más aerosol produce y por tanto más contagiosa). Más de 100 personas habíamos estado expuestas. Indignación, sensación de abandono y otra vez el miedo, este miedo que nos ha acompañado durante todo este periodo de tiempo, pero que ahora tenía un añadido: y si nos hemos contagiado en masa ¿quién va a cuidar a los pacientes? A todos nos realizaron la PCR, los tests serológicos..., negativos. Nadie ha enfermado. El estricto seguimiento de los protocolos de protección había servido, a pesar de las mascarillas.

Si el solo hecho de pensar que en un momento podríamos no disponer de material ya producía angustia, la comunicación pudiéramos quedar desabastecidos de sedantes y relajantes musculares tan necesarios para nuestros pacientes, hizo aparecer la desesperanza. Ese día fue uno de los que lloré. No dije nada a mis compañeros. No podía. Abatida, desempolvé protocolos de sedación de hace más de treinta años. No hizo falta utilizarlos. Empezaron a disminuir los pacientes afectados y el número de ingresos. A veces ocurren milagros.

### ***“Curar a veces, aliviar a menudo... consolar siempre”***

Desde que siendo estudiante decidí que quería ser intensivista me ha preocupado la relación con los pacientes y los familiares. Siempre he pensado que cuando una persona enferma lo hace también su entorno, de forma que debemos tratar tanto al paciente como a su familia y hablar de relación médico/paciente-familia, lo que se hace más evidente en las Unidades de Cuidados Intensivos, en ellas establecemos con los familiares una estrecha relación. Dedicamos tiempo a la familia, no solo a la información, sino al consuelo. Conocemos el lenguaje no verbal, empatizamos con ellos. Procuramos que el paciente, cuando pueda, esté acompañado y que ninguno se vaya en soledad. Esta terrible enfermedad, ha alterado esta relación que teníamos establecida con los familiares-pacientes.

El miedo al contagio y el confinamiento exigido hizo que las familias no accedieran al hospital. Todas las tardes, a una hora pactada se les llamaba por teléfono y se les informaba. No había lenguaje no verbal. Escasa comunicación. DOLOR Y SOLEDAD a ambos lados de teléfono.

Las nuevas tecnologías ayudaron. Personas anónimas y alguna gran empresa nos hicieron llegar tablets de forma que los pacientes cuando estaban algo mejor, podían establecer videoconferencias con sus familias. La imagen de enfermeras, médicos..., sujetando estos dispositivos llegó a ser habitual.

Cuando un paciente se iba de alta todo era una fiesta: ¡Campeón, ánimo, valiente! Aplausos..., ha valido la pena el sufrimiento, el dolor, el cansancio, las marcas en la cara, deshidrataciones e hipoglucemias.

Se ofrecía a los familiares el acompañamiento en las últimas horas (el miedo, que es muy libre, seguía actuando) por diversos motivos ninguno entró. No era infrecuente que algún sanitario entrara en el box y le tomara la mano al paciente en sus últimos minutos. Ninguna persona debe morir SOLA.

Me emociono aún y resuena en mi cabeza el "mamá te quiero, mamá te quiero" de una chica al otro lado del cristal porque temía contagiarse ya que cuidaba a su padre muy mayor. Todos los presentes estremecidos. Es la enfermedad de la SOLEDAD. Sentíamos la SOLEDAD de la familia.

Pienso en estas familias que llenas de incertidumbre esperaban a las 6 de la tarde una llamada: "*hoy está algo mejor*", "*ha empeorado un poco, no podemos hacer nada más lo siento*", "*ha fallecido...*", una carta les llegaba diciéndoles que el final había sido tranquilo, que estuvo acompañado..., pero había que hacer algo más.

Intuyendo un duelo patológico contactamos con la Unidad de Salud Mental, les pedimos consejo para poder ayudar a estas personas que se encontraban ante una situación de intensa soledad, de dolor, de remordimiento, sintiéndose culpables por haber abandonado a su ser querido. Llamamos a las familias, se inició terapia de atención al duelo que luego se extendió a los familiares de los pacientes ingresados. Necesito creer que les fue de ayuda.

A las dos de la tarde organizaban sesiones de "defusing" con el personal de la Unidad. Siempre le estaré agradecida a la Unidad de Salud Mental, que en estos días en los que necesitábamos comprensión, cariño, apoyo, consuelo, estuvieron allí. Muchas gracias.

Por la tarde a las 8h aplausos. Los aplausos mostraban a una Sociedad unida, agradecida, daban fuerza, reconozco que en más de una ocasión me emocioné, pero no somos héroes. No hacemos nada extraordinario, hacemos lo

que hemos hecho siempre, ayudar a nuestros pacientes y a sus familias, pido que cambien los aplausos por responsabilidad, que no salgan a la calle, que se cumplan las normas, que acabe esta pesadilla.

Y llegamos a casa abatidos, en otro día que es igual que el anterior y nos sentimos como el soldado que ha desertado. Higiene de manos, desinfección con lejía (el olor a lejía está en todas partes...), de los botones del ascensor, el picaporte, el interruptor... porque nos sentimos vehículo de algo grave. Te llaman tus amigos ¿cómo estás? Cuidaros. En casa..., nos confinamos en una habitación, por miedo de contagiar a la familia. Nos aislamos, cuando lo que más necesitamos es un hombro donde apoyarnos, un abrazo.

Un vecino deja algo en la puerta. Otros de lejos nos animan a seguir. Alguien envía una foto de un coche de una enfermera a quien le han pintado "RATA" o invitando a los sanitarios a dormir fuera de casa. El miedo de nuevo, no nos quedemos con estos mensajes negativos. Quedémonos con los que animan, con los que nos quieren que son la mayoría. No le demos protagonismo a quienes no se lo merecen.

Los Intensivistas formamos un grupo relativamente reducido. Sufro pensando en nuestros compañeros de Madrid, de Barcelona (que atendieron a los primeros pacientes y se vieron desbordados) que han tenido que tomar decisiones que nunca hubieran imaginado y que les acompañarán siempre. Me conmuevo al recordar el palacio de hielo, los ancianos en las residencias...

### **Problemas éticos**

Entre las cuestiones éticas que nos planteamos, destacaré:

1º Qué actuación seguiríamos en caso de desabastecimiento de EPIS. ¿Qué compromiso adquirimos al ser médicos (y los sanitarios en general) desde el punto de vista legal, médico y deontológico?

Tras discusiones bizantinas, el informe del CACM del 27 de marzo nos dio luz: *“el médico sin medios de protección, cuando aprecie riesgo vital para su persona, tiene base legal y deontológica para abstenerse de actuar. Pero la realidad actual nos traslada a que los médicos, lejos de acogerse a preceptos legales o deontológicos que pudieran eximirles de intervenir, vienen adoptando libremente criterios éticos clínicos que les honran, no abandonando a los pacientes, exponiendo su salud y sus vidas de modo heroico. No obstante, la decisión final será personal y el médico se encontrará solo ante su conciencia y su nivel de compromiso con el paciente”*<sup>1</sup>.

No tuvimos ese problema y aunque no sobró, no nos faltó material de protección, pero llegado el caso, se positivamente que no nos habríamos abstenido de ayudar a ningún paciente.

2º. ¿Debe rechazarse el ingreso en UCI por razón de edad?

El Ministerio de Sanidad y el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Cuidados Coronarios (SEMICYUC) elaboraron documentos aclaratorios:

*“Proteger los derechos fundamentales y las libertades públicas de cada uno de los ciudadanos es un deber “prima facie”, que puede entrar en conflicto con el deber “prima facie” de proteger el mismo derecho de todos los demás ciudadanos y por eso en los casos concretos se hace necesario priorizar”*<sup>2</sup>

*“La escasez de recursos, temporal o duradera, puede exigir el establecimiento de criterios de priorización de acceso a los mismos, lo que se hará con base en criterios objetivos, generalizables, transparentes, públicos y consensuados, sin perjuicio de valorar también los aspectos singulares e individuales que presente cada persona enferma por el virus”*<sup>2</sup>.

*“No debe haber discriminación por ningún motivo ajeno a la situación clínica del paciente y a las expectativas objetivas de supervivencia, basadas en la evidencia”*<sup>2</sup>.

Deben evaluarse *“Expectativas objetivas de recuperación del paciente en el corto plazo a su estado previo de salud, teniendo en cuenta la concurrencia o no de patologías graves acompañantes que evidencien un pronóstico fatal (enfermos terminales con pronóstico de irreversibilidad, estado de coma irreversible, etc.), aunque pueda comportar una atención clínica añadida”*<sup>2</sup>

*“El equipo médico responsable del paciente será el que deberá asumir las implicaciones de su decisión, por lo que un tercero no es idóneo para imponerle su criterio, salvo que esté también involucrado en la asistencia de ese paciente”*<sup>2</sup>

*“...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). ... los pacientes de mayor edad en caso de escasez extrema de recursos asistenciales deberán ser tratados en las mismas condiciones que el resto de la población, es decir, atendiendo a criterios clínicos de cada caso en particular. Aceptar tal discriminación comportaría una minusvaloración de determinadas vidas humanas por la etapa vital en la que se encuentran esas personas, lo que contradice los fundamentos de nuestro Estado de Derecho, en particular el reconocimiento de la igual dignidad intrínseca de todo ser humano por el hecho de serlo”*<sup>2</sup>

*“En el caso de desproporción entre la demanda y las posibilidades, es lícito establecer un triaje de ingreso entre los pacientes, basado en el principio de justicia distributiva, evitando seguir el criterio habitual de “el primero en llegar es el primero en recibir asistencia”*<sup>3</sup>.

*“Los protocolos de triaje consisten en un sistema de reglas que se aplican en el marco de situaciones de recursos escasos para ayudar a tomar decisiones de forma justa y transparente. Deben prevalecer, en estos casos, los principios de justicia distributiva de los recursos”*<sup>3</sup>.

*Es prioritaria la protección del personal sanitario para evitar mermar los recursos necesarios para atender a los pacientes durante la pandemia”<sup>3</sup>.*

No hemos discriminado a pacientes por razón de edad, los casos que no ingresamos estuvieron basados en criterios clínicos de forma colegiada y consensuado con la familia.

3.- ¿Es éticamente aceptable aplicar terapias sin base científica para esta enfermedad?

La Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMyPS) puede autorizar la utilización de un medicamento en investigación o un medicamento para una indicación no contemplada en su ficha técnica.

Lógicamente, en la ficha técnica de ninguno de los medicamentos aplicados se incluía la COVID. La administración de determinados fármacos lo fue de uso compasivo (tocilizumab, Interferon...) y se aplicaron en base a las recomendaciones ministeriales.

Como es preceptivo para los medicamentos utilizados como uso compasivo se solicitó el Consentimiento Informado al paciente o a su representante.

### **Dilemas respecto a la seguridad del paciente**

La seguridad del paciente en esta etapa se ha visto afectada por varios motivos:

- Profesionales con experiencia en Cuidados Intensivos insuficientes para atender la presión asistencial que se incrementaba día a día y que los conducía a unas situaciones de estrés motivada por la situación límite en el trabajo, el miedo a enfermar y/o a contagiar a familiares.
- Profesionales con pocas competencias en el cuidado del paciente crítico.
- La estructura de las Unidades acondicionadas para albergar a los pacientes no Covid, no eran las idóneas: sala común (no habitaciones individuales), un solo lavabo para la sala... nos hacía retroceder 30 años.

Agradezco a los enfermeros de otras áreas el apoyo que nos suministraron y a los veteranos el gran esfuerzo realizado para además de cuidar a los pacientes, formar al resto de la plantilla. No obstante, a los enfermos/familias, que pudieran haber sido víctimas colaterales de esta terrible situación, les transmito mi consideración y apoyo.

La recomendación nº 8 del informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de la pandemia por SARS-Cov-2 reza:

*“La atención y dedicación que haya que prestar a los pacientes graves por la enfermedad del SARS-CoV-2 no debería hacer olvidar la necesidad y la obligación de atender a otros pacientes con una enfermedad de gravedad similar, pero de origen distinto al virus”<sup>2</sup>.*

Puedo decir que los pacientes no Covid que acudieron al hospital, así como los que necesitaron Cuidados Intensivos, fueron atendidos. Observamos una reducción en el número de pacientes coronarios (no había motivo para que hubieran disminuido) pero posiblemente debido al miedo, al “quédate en casa”, llegaron tarde, llegaron muy evolucionados. Días más tarde oí al Presidente de la Sociedad Española de Cardiología explicar las características típicas del dolor coronario y animaba a la población a contactar con el 061 si tenía los síntomas que refería.

### **Estrés post-traumático**

Los intensivistas y los que trabajamos en las UCI acostumbrados a luchar con la enfermedad y a enfrentarnos diariamente a la dureza que representa el sufrimiento, al dolor y a la muerte, no estamos tan curtidos como creíamos. Nuestra mente, sometida durante meses a unos niveles de adrenalina atroces, debe sanar. Tenemos que reconocer que estamos heridos y procurar que las heridas cicatricen.

Consuelo a una compañera porque ya no soporta un EPI, se bloquea, se siente mayor y piensa que no podrá volver a trabajar. Rechazamos hablar de las

emociones envolviéndonos en una capa de indiferencia para hacernos creer que no nos ha afectado. La falta de concentración en lo que no es COVID está presente. Se nos empañan los ojos cuando recordamos.

Tenemos miedo, el miedo otra vez, a volver a nuestra vida normal, a disfrutar de una puesta de sol desde una terraza, a reiniciar una vida social. El "Síndrome de la cabaña" nos acecha.

Tachamos de inconscientes, a esos adolescentes y no tan adolescentes que invaden, las calles, que no usan las mascarillas... ellos también han sufrido el confinamiento, pero en nuestro interior les gritamos que sean prudentes, que se ha sufrido mucho.

No hemos mostrado en los vídeos más que una cara festiva. El sufrimiento quedó para nuestros pacientes-familiares y para nosotros.

Tenemos que tomar fuerzas, es posible que un nuevo brote surja y entonces volveremos a las trincheras por lo que debemos estar preparados física y mentalmente. No somos héroes ni somos valientes, simplemente somos personas que hemos estado en el lugar que debíamos estar cuando teníamos que estar.

### ***"Quien olvida la historia está condenado a repetirla"***

Ya no quedan o son muy pocos los pacientes Covid en las UCIs, en nuestro caso, un paciente, ya negativo, pero aún dependiente de ventilación mecánica.

Es una enfermedad que se quedará, al igual que lo hizo la Gripe A, el SIDA..., aprenderemos a convivir con ella, pero mientras tanto la ausencia de una vacuna a corto plazo, el bajo porcentaje de población inmunizada, la ineficacia de los tratamientos, obligan a extremar las medidas de prevención (el distanciamiento social, el uso obligatorio de mascarillas...).

Es prioritario hacer un análisis que nos permita conocer donde han estado los fallos, cuáles han sido los "agujeros de este queso de gruyere" que ha atravesado la Covid y originado la pandemia. Conocer qué se ha hecho bien,

que debemos mejorar y establecer los mecanismos para que los brotes (que los habrá) sean controlados y no vuelvan a desbordar el sistema sanitario.

El Ministerio de Sanidad ha elaborado un documento para la desescalada. En lo que respecta a los Centros Hospitalarios y más concretamente a las UCIs, se incluyen las siguientes recomendaciones:

- Disponibilidad suficiente de EPIs.
- Cribado universal de los pacientes antes de su ingreso.
- Disponibilidad de recursos materiales y humanos para pacientes agudos y críticos, con Disponibilidad inmediata/acceso, en caso de necesidad, del doble de camas de UCIs respecto de la capacidad pre-COVID e identificación de espacios que permitan un incremento de hasta el triple de la capacidad pre-COVID.

- Una garantía de reservas de equipos de ventilación mecánica invasiva y otro equipamiento médico necesario, así como de medicación para el tratamiento de pacientes críticos.

- Consultas de atención al personal sanitario para cribado, diagnóstico, seguimiento y apoyo psicológico".

La escasa inversión en Sanidad en los últimos 10 años y la crisis económica han pasado factura. En estos meses mucho se ha escrito sobre las deficiencias de nuestro Sistema Sanitario: Insuficiente número de camas, UCIs infradotadas, escasez de personal.

Durante el periodo COVID nos han llegado recursos que han cubierto los déficits crónicos de equipamiento y gracias al apoyo de la Dirección, de otros especialistas y enfermeros de otras áreas, hemos podido cubrir las necesidades asistenciales pero a costa de soportar una enorme carga asistencial poniendo en riesgo la seguridad de los pacientes y la nuestra.

Se hace preciso un estudio en profundidad de las necesidades reales de profesionales que desde mi punto de vista debe pasar por una especialidad de enfermería de Cuidados Intensivos, aumento de las plazas de Medicina Intensiva en el sistema MIR y mejora de las condiciones laborales.

No debemos olvidar. No podemos olvidar. Es mucho lo que se ha llorado. Mucho lo que se ha sufrido.

### **Conclusiones:**

- La pandemia ha puesto de manifiesto las carencias de recursos humanos y materiales en los hospitales y concretamente en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- Las experiencias vividas han dejado patente la necesidad de realizar un estudio en profundidad de las necesidades reales de profesionales que debe pasar por al menos tres vías:
  - a. Aumentar de las plazas de Medicina Intensiva en el sistema MIR
  - b. Especializar la enfermería de Cuidados Intensivos
  - c. Mejorar de las condiciones laborales de los profesionales sanitarios.
- Podemos tener Unidades perfectamente equipadas y preparadas, que no serán nada si no se cuida a los profesionales, que como personas son totalmente insustituibles.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. <https://andaluciamedica.es/2020/03/27/el-cacm-emite-un-informe-sobre-la-falta-de-medios-con-la-que-actuan-los-medicos-ante-el-covid-19/>
2. [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos\\_en\\_situaciones\\_de\\_pandemia.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf)
3. [https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica\\_SEMICYUC-COVID-19.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf)
4. <https://www.ecestaticos.com/file/57d0153a9ebe7fe152c5267c0e61e78b/1587896849-informerecomendacionessanitariasdesescalada.pdf>



### CAPÍTULO III

## ANÁLISIS CRÍTICO DE LA PANDEMIA COVID19 EN ESPAÑA

### DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ÉTICA Y LA SALUD PÚBLICA

*Dr. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas. Dr. José Miguel Ramos-Fernández.*

#### **I.- COMPROMISO POLÍTICO Y SALUD PÚBLICA.**

La historia de la salud Pública nos sitúa actualmente en la que acertadamente Mac Gavran denominó la "Era Política". Una prueba palmaria de ello es la carta fundacional de la OMS 1947, cuando expresa que "Los gobiernos tienen la responsabilidad en la salud de sus pueblos, que solo podrá ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y socialmente adecuadas". En esa misma línea, la Constitución Española en su Artículo 43, incide en lo mismo, en sus dos primeros puntos: 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. El estar viviendo la "era política de la sanidad", no debe significar que los servicios públicos de salud deban moverse por criterios ideológicos y partidistas que lleven a una permanente confrontación política, sino que las decisiones que se adopten se fundamenten en criterios profesionales, lo más consensuados posibles, buscando el bien común y alejados de la búsqueda de un rédito político de un determinado partido. La política de salud pública debe ir orientada a ofrecer siempre un mínimo decente gratuito de atención sanitaria a toda la población de acuerdo con los recursos disponibles. Para ello es fundamental procurar racionalizar los recursos y conseguir su máxima optimización a través de criterios de efectividad y eficiencia. Por ello, la gestión sanitaria debe estar presidida por un compromiso ético que equilibre la eficiencia con la justicia y la equidad como valores perfectamente conjugables (1), aceptándose como paradigma la teoría de que un mayor gasto sanitario no asegura una mayor efectividad de resultados (2).

De todo lo anterior se deduce que no se puede considerar ética una actuación gubernamental que no aplique las mejores evidencias científicas para la resolución de un problema; o que no busque como prioritaria una asistencia sanitaria bien planificada, transparente y racional con criterios de calidad, solo condicionada por la inevitable limitación de recursos. Además del compromiso gubernamental, la gestión sanitaria debe conseguir implicar a la comunidad sanitaria y a la ciudadanía en general, para convertirse en artífices responsable de todas aquellas estrategias orientadas a alcanzar el máximo bienestar físico, mental y social, de acuerdo a la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (Paris, 2005) «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social». Para ello, nos parecen muy acertados los mensajes educativos emitidos por la Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios Médicos, apelando al compromiso ético y la responsabilidad personal bajo el lema “El futuro de la epidemia está en tus manos”.

La guía para el manejo de las cuestiones éticas en brotes epidémicos editada en 2016 por la Organización Mundial de la Salud (3) en relación con los sucesivos brotes epidémicos acaecidos en los últimos 15 años, establece en primer lugar cuales son las obligaciones de los gobiernos, con un papel crucial para hacerles frente: “Los gobiernos tienen la obligación ética de garantizar la capacidad para llevar a cabo esfuerzos eficaces de prevención y respuesta ante epidemias. La humanidad tiene la obligación moral de funcionar de forma unitaria, sin caer en la ocultación de datos que al final revertirán en un perjuicio para todos”.

El pasado 6 de abril, tras consultar al Comité Internacional de Bioética (CIB) y la Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y la Tecnología (COMEST), la UNESCO emitió una Declaración sobre la Covid-19, con el título de “Consideraciones éticas desde una perspectiva global”, en la que se insiste en el papel fundamental que debe tener en esta epidemia, la perspectiva ética inseparable de la ciencia y la tecnología, arraigada en los derechos humanos. En tal sentido propone como necesario un diálogo.



Interdisciplinar entre los agentes científicos, éticos y políticos. Lamentablemente en España, esto no se ha logrado, como denuncia Serafín Romero, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), durante una comparecencia ante los medios de comunicación cuando declara que “Las profesiones sanitarias hemos estado muy alejadas de la toma de decisiones” sin haberse tenido en cuenta la “ética de las opiniones profesionales”, porque, “desgraciadamente, se están tomando medidas políticas, económicas y laborales sobre evidencias que no son reales”.

## **II.- BREVE APUNTE DE LA HISTORIA DE LA PANDEMIA.**

A mediados del mes de noviembre del pasado año se data oficialmente la aparición en China del paciente cero (4) de la epidemia por coronavirus-19 (Covid-19), que ha azotado nuestro país. Pero no es hasta un mes más tarde, ya en diciembre, cuando el médico Li Wenliang denunció en las redes sociales la aparición de una nueva forma de neumonía atípica, de una enorme agresividad desconocida hasta la fecha, y con una incidencia que le hizo sospechar del origen de una epidemia, como así demostraron posteriormente los hechos. Este colega médico atendió a su deber, fue represaliado por la policía de su país y acabó falleciendo contagiado pocas semanas después (5). Aunque posteriormente fue reconocido por el máximo órgano disciplinario de China, que criticó la manera en la que la policía manejó el caso tras los primeros días del brote (6).

El 30 de enero el Comité de Emergencias de la OMS declaró el brote como emergencia de salud pública de importancia internacional y propuso que se hicieran públicos determinados consejos entre los que estaba la detección de casos en otros países extremando la vigilancia (7). En este punto cabe preguntarse dónde estaba la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y sus centinelas de nuestro sistema sanitario y cuándo fueron conscientes de la



transmisión comunitaria, porque solo tres meses después de su inicio, la epidemia había llegado ya claramente a nuestro país. De hecho, la Covid-19, llegó a España antes de lo que nuestras autoridades creían saber o decir en las proliferas comparecencias del Dr. Fernando Simón, Coordinador Nacional de Alertas y Emergencias Sanitarias. Así lo demostró una investigación española promovida por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) que analizó el genoma completo del virus en busca de datos sobre su llegada y dispersión. En ella se fechó el 'origen' de la difusión del virus en España "entre el 14 y 18 de febrero de 2020" (8). El virus en cuestión se habría traspasado desde su origen animal, al primer paciente en China - aunque existen voces acreditadas que sitúan su creación en el Centro de Investigación Viroológica de Wuhan (9,10)- y tras su difusión local habría viajado, muy probablemente en avión, hasta distintos destinos, entre ellos nuestra nación. Sabemos con certeza que hasta el 8 de marzo no se puso en marcha ninguna medida oficial por el gobierno central de protección a la población hasta el punto de permitir las manifestaciones masivas de ese día. El 11 de marzo la OMS declaraba oficialmente la pandemia (11). Ya se había extendido oficialmente por el mundo.

En este punto comienza la catástrofe sanitaria en España cuyo precedente más próximo es de hace más de cien años con la mal llamada gripe española, que en realidad se originó en Kansas, EE. UU. En 1918. Desde mediados de marzo, días después de que se hubiera declarado ya la pandemia, el Gobierno de la Nación comienza a ser consciente de la gravedad de la situación. La sociedad en su conjunto y el personal sanitario en particular comienzan a hacer frente a la enfermedad y se tropiezan con enormes dificultades y retos de diversa índole.

### **III.- UN PRINCIPIO FUNDAMENTAL: “EN SALUD PÚBLICA, LLEGAR TARDE ES HACERLO MAL”.**

Desde la Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios Médicos, nos parece pertinente hacer una reflexión crítica sobre lo ocurrido para analizar con rigor los fallos detectados con idea de aprender para no repetirlos en el futuro ante otras posibles epidemias o incluso en los rebrotes epidémicos que se van a ir produciendo de forma casi inevitable hasta que llegue la tan deseada vacuna.

La falta de previsión sobre el alcance de la epidemia, la incapacidad de detectar antes la llegada del virus a España, los insuficientes planes de contingencia y la consiguiente escasez de medidas de protección como los Equipos de Protección Individual (EPI), pruebas diagnósticas, respiradores, unido a la falta de datos epidemiológicos fiables, han sido el mayor fracaso de la gestión de la crisis. Efectivamente, lo hemos hecho mal porque hemos llegado tarde, es cierto que la incertidumbre ante una enfermedad desconocida obliga a ser tolerante con los fallos pero han sido muchas las decisiones erráticas a veces incluso contradictorias las que hemos sufrido y como ejemplo palmario la recomendación del uso de mascarilla a la población.

El sistema sanitario tanto público como privado ha sufrido una presión inmensa, afortunadamente el propio sistema ha tenido que improvisar una gran cantidad de iniciativas desde la gran incertidumbre que presentaba el desconocimiento de la nueva epidemia que han ido conformando un cuerpo doctrinal de gran efectividad para el futuro, pero a la vez, ello no es óbice para que se sometan a discusión las numerosas carencias detectadas. A pesar de que algunos pretendan presentar la gestión de la epidemia como un rotundo éxito político, en nuestra opinión está muy lejos de ser verdad. Recientemente el denominado Informe Cambridge (12) presenta el Informe Anual sobre Desarrollo Sostenible, en el que evalúa el progreso observado a nivel global en

los distintos "objetivos del milenio". Dentro del informe se incluye el Índice de Gestión de la Covid-19, un ranking compuesto por cinco indicadores que mide el comportamiento de los distintos países de la OCDE ante la primera oleada de contagios derivada de la propagación del coronavirus. El informe subraya el resultado obtenido por Corea del Sur, que recibe 0,9 puntos sobre 1 y encabeza la tabla. Por el contrario, España aparece a la cola de la lista, con una nota de 0,39 puntos. Compartimos los cinco últimos puestos de la tabla con Bélgica (0,4), Reino Unido (0,43), Francia (0,46) e Italia (0,49). De esta forma, el informe de la Universidad de Cambridge pone de manifiesto que la gestión de la pandemia ha sido la peor del mundo desarrollado.

La tabla incluye cinco indicadores, entre los que se incluyen las muertes por millón de habitantes, la tasa de contagio, el grado de control de la epidemia, la capacidad mostrada para la reducción de los positivos y la reducción de la movilidad. En el primer punto vemos que se emplean las cifras oficiales del gobierno, de modo que se toma como referencia un dato de aproximadamente 28.000 fallecidos frente a las estimaciones independientes que dejan esta cifra en el entorno de los 50.000 decesos. En consecuencia, la calificación obtenida por España podría ser aún peor si se evaluaran indicadores comparables a nivel global como el exceso de mortalidad.

### **III.1 Falta de previsión sobre el alcance de la epidemia**

Durante enero y febrero, las principales agencias internacionales de salud, incluido el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDPC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), advirtieron en repetidas ocasiones sobre la posible gravedad de esta infección y la necesidad de prepararse. El Dr. Fernando Simón, llegó a decir que se trataba poco más o menos que de una gripe y que solo afectaría a unos pocos casos. Contradictoriamente el propio Dr. Simón había firmado un documento del 10 de



febrero del CCAES que alertaba de los riesgos de la pandemia. El 28 de febrero, el ECDPC presentó varias recomendaciones para hospitales, y el mismo día, el Consejo Médico General de Colegios Médicos recomendó que se suspendieran todos los eventos médicos. El 2 de marzo, el ECDPC aconsejó a los países que advirtieran a la población general sobre la amenaza inminente de la covid-19, que establecieran protocolos de diagnóstico que se hiciera acopio de equipos de protección e implementaran normativas de distanciamiento social para interrumpir la transmisión. Sin embargo, el 8 de marzo el Ministerio de Sanidad y la autoridad gubernativa permitió que se manifestaron 600.000 personas en 480 manifestaciones en todo el país. La contagiosidad entonces se estimaba epidemiológicamente que podría tener un  $F_0$  (tasas de reproducción) de tres o cuatro, es decir por cada contagiado se podían infectar hasta cuatro susceptibles y así sucesivamente. A pesar de un gran aumento en el número de individuos infectados durante el fin de semana del 7 y 8 de marzo, el cierre de la enseñanza el día 9 de marzo por la comunidad de Madrid ante la inacción del gobierno y la declaración de la OMS de la Covid-19 como una pandemia el 11 de marzo, no fue hasta el 15 de marzo cuando el gobierno central de la nación toma la decisión del confinamiento (13), perdiendo dos semanas esenciales (14).

La realidad es que llegamos tarde porque faltó diligencia para identificar los primeros brotes, adquirir y aplicar los test de PCR para aislar a los afectados y sus contactos. Tampoco se previeron las necesidades de mascarillas, batas desechables, gafas y demás medios de protección del personal sanitario, así como camas, respiradores y unidades de cuidados intensivos suficientes para hacer frente a la pandemia.

### **III. 2.- Las infecciones en el personal sanitario**

Algo no se ha hecho bien, en España hay más de 51.000 sanitarios contagiados por el coronavirus, más que Francia e Italia juntos (15) además de

61 fallecidos a fecha 2 de julio de 2020. Los frecuentes cambios en los protocolos de actuación recomendados desde el Ministerio de Sanidad junto a la falta de equipos de protección personal y la escasa implantación de los test diagnósticos han sido las causas fundamentales.

Hay notificaciones del Ministerio de Sanidad para que los sanitarios posiblemente infectados por coronavirus volvieran a sus puestos de trabajo sólo 72 horas después de que les desapareciese la fiebre u otros síntomas asociados al Covid-19. Así lo establecía uno de los protocolos iniciales del Ministerio de Sanidad, a pesar de las advertencias de los médicos sobre la posibilidad de que un paciente que hubiese superado la enfermedad siguiese contagiando durante días o incluso semanas después. Este tema lo denunció de forma reiterada con gran firmeza el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Málaga.

El 12,3% de los profesionales sanitarios contagiados por coronavirus se reincorporaron a su puesto sin que el mando único del Ministerio de Sanidad les hiciera un test para confirmar que se encontraban libres del Covid-19. Así lo asegura un estudio realizado por la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud (Investén-ISCI), denominado 'SANICOVI' (16,17), en este mismo estudio, los mismos profesionales declararon una «carencia» de varios elementos de protección contra la pandemia, especialmente de mascarillas FPP2/FPP3, gafas y EPI completo. La conclusión evidente es que al inicio de la pandemia hubo personal sanitario «sin un nivel totalmente adecuado de protección».

En otro trabajo de esta misma Comisión de Deontología, Profesora María Castellano, se ha desarrollado con mayor rigor este problema defendiendo-



desde el principio de la epidemia el carácter profesional de la enfermedad en contra de los criterios que el Ministerio de Sanidad postulaba al pretender incluirla la infección como contingencia común.

#### **IV.- EPIDEMIOLOGIA Y ACCIONES PREVENTIVAS.**

El modelo epidemiológico establecido para la enfermedad es el de un patrón respiratorio de los que habitualmente denominamos por "gotas" de Flügge, emitidas al toser, estornudar, respirar o hablar (18).

Se admite que estas gotas no alcanzan más de dos metros de distancia y no quedan suspendidas en el aire en forma de aerosoles, aunque recientemente, la Organización Mundial de la Salud, ha reconocido que es posible también la transmisión por el aire, en forma de "gotitas" formadoras de aerosoles en reservorios con alta carga viral. La nueva postura de la OMS llega después de que más de 200 expertos de 32 países ha justificado el contagio de la enfermedad en lugares poco ventilados con acumulo de personas, lo que algunos han denominado como prototipo las 4B (bares, bautizos, bodas y botellones). El problema de este tipo de transmisión es que las mascarillas quirúrgicas e higiénicas habituales, no son capaces de retener esta "gotitas" siendo solo, las de tipo Fp2 o superiores las que se muestran realmente efectivas. Los rebrotes aparecidos recientemente, terminada la primera onda epidémica, parecen debidos precisamente a este tipo de mecanismo.

Las estrategias preventivas de cualquier enfermedad infecciosa deben de ir orientadas a romper la cadena de transmisión, empezando por investigar cuantos, y donde están los reservorios de la enfermedad, con la dificultad añadida de que en una mayoría de casos, son prácticamente asintomáticos. La clave para la prevención está en la búsqueda activa de casos con el rastreo integral de todos los contactos y su correspondiente aislamiento para evitar que los sujetos infectados propaguen el virus durante el período de incubación.

Esta estrategia sanitaria no se ha hecho en España en la primera etapa de la pandemia y se ha sustituido por la opción del confinamiento universal que siendo por supuesto de gran efectividad-lleva consigo unas consecuencias tangenciales tremendas no solo de orden sanitario sino de tipo



económico y social. Con la suspensión del estado de la alarma sanitaria y la eliminación del mando único, se han vuelto responsabilizar la gestión a las comunidades autónomas y se ha conseguido poner en marcha los programas que tantas veces el Director General de la OMS proponía como prioritario para abordar el problema de la Covid-19: "Test, Test, muchos test diagnósticos", es decir PCR y análisis para detectar la inmunidad en la población. Esto ha sido ratificado recientemente en un artículo publicado en BMJ (19), en el que se afirma que en ausencia de vacuna efectiva, para la adopción de medidas ajustadas a las necesidades reales, es necesario realizar test diagnósticos a la población y hacer un seguimiento riguroso de los contactos de riesgo incluyendo su correspondiente aislamiento, junto a la disposición de datos epidemiológicos fiables.

La epidemiología de la enfermedad nos indica, superada la primera etapa de la pandemia, que el virus ha venido para quedarse y al no estar erradicado de nuestro entorno, entramos ahora en una fase muy delicada que si lo hacemos bien, la historia natural de esta enfermedad será probablemente la progresiva disminución de la incidencia de enfermos con algunos rebrotes epidémicos que el sistema sanitario podrá atender con diligencia y efectividad. De este modo, con el tiempo, llegaremos a disponer de la tan ansiada vacuna que será el punto de inflexión para el control definitivo.

En Salud Pública solemos explicar que las causas del enfermar son debidas a tres consideraciones. Por no saber, por no querer y por no poder. Las dos primeras son de responsabilidad personal de cada ciudadano y la tercera es asunto de la administración sanitaria. Ahora es el tiempo de la responsabilidad y del compromiso ético personal. Hay que tener muy claro que el futuro de la epidemia está en nuestras manos ya que el coronavirus sigue circulando en el ambiente y al salir la población a la calle, liberada de su aislamiento preventivo, se enfrenta a un posible contagio. El estudio serológico poblacional nos indica que en España, solo hay un 5% de personas inmunes al virus, es decir que no hay,

lo que en epidemiología, llamamos “inmunidad de rebaño”, por tanto en cualquier agrupación humana es previsible que pueda haber un reservorio silente del virus capaz de diseminar la infección entre el 95% de los asistentes. Es urgente una intensa campaña de educación sanitaria que no se quede solo en informar- eso es solo el saber-sino que sea capaz de crear conciencia del problema y consiga cambiar las conductas generadoras de riesgos por hábitos saludables. Esto es un proceso educativo continuado que no depende exclusivamente del personal sanitario, es responsabilidad de todos, ya que en este asunto, todos somos oveja y pastor, empezando por los padres de familia, los maestros, las redes sociales, etc.

La estrategia preventiva fundamental debe ir orientada a la contención de la transmisión. Para ello hay que educar a la comunidad a través de mensajes claros e inequívocos. Hay que evitar agrupaciones de riesgo manteniendo la separación interpersonal adecuada, es obligatorio usar las mascarillas cuando lo anterior no sea posible o se entre en un lugar de pública concurrencia y finalmente hay que adquirir el hábito de la higiene de manos, recordando permanentemente que esta infección además de por el aire, se contagia por las manos. Los ciudadanos deben ser conscientes de que de ellos depende que se rompan las cadenas epidemiológicas que consiguen infectar a las personas susceptibles. La vacuna contra el Covid-19, en este momento, es fomentar estilos de vida saludables que se deben incorporar a nuestra convivencia diaria. Mientras se comercializa la vacuna biológica, esta propuesta es la estrategia más efectiva y eficiente.

#### **IV.1 El problema de los test diagnósticos.**

Los datos de Our World In Data (CITA) indican cómo España comenzó muy tarde a utilizar de forma sistemática los test diagnósticos si lo comparamos con otros países. Según datos tomados del Ministerio de Sanidad, el techo máximo



español en realización de tests fue de 0,65 por mil habitantes, sin embargo, el de otros países de nuestro entorno fue muy superior al nuestro: Italia llegó a 1,03; Reino Unido a 0,96; Bélgica a 1,56 y Portugal a 1,31. Pero lo más llamativo no es el propio techo máximo, sino el momento en el que se alcanzó. La base de datos Our World in Data (OWD) (20) refleja cómo, en el peor momento de la enfermedad, a finales de abril, España mostraba un dato de 0,21. La explicación a este desfase de datos estriba en que España restringió las analíticas en su fase más álgida, solo a personas sospechosas o sintomáticas de la enfermedad mientras que otros países lo hicieron de forma rutinaria a convivientes asintomáticos y al personal sanitario. El resultado en términos de mortalidad ha sido muy evidente debido al descontrol de diversos focos de contagio que pasaron desapercibidos.

En este asunto, como en otros también lo hicimos mal porque llegamos tarde ya que mientras la OMS solicitaba a todos los países test masivos, España desaprovechó infinidad de posibilidades para incrementar el número de tests: al no aceptar el ofrecimiento de la red de centros SOMMa (25 centros de investigación y 23 unidades universitarias) y el que hizo en su momento la CRUE (conferencia de rectores de las universidades españolas). Entre todos los centros mencionados suman más de 350 laboratorios con recursos suficientes para hacer análisis de PCR poblacionales. El aprovechamiento de estos recursos habría permitido, con bastante probabilidad cumplir con creces las recomendaciones permanentes de la OMS.

España optó, en una primera etapa, por implementar el uso de Test rápidos, de los que las casas comerciales publicaban una especificidad del 100% y una sensibilidad por encima del 95%. Estos kit tienen la ventaja de su rapidez y que no requiere un equipo profesional cualificado para su análisis, aunque la misma OMS publicó que su página oficial que la sensibilidad del kit va desde un 34% al 80% (21) llegando incluso a desaconsejar el uso de este tipo de kit (22).

## **V. LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA EN LA DETECCIÓN Y CONTROL DE LA PANDEMIA.**

### **V.1.- Los sistemas de vigilancia nacionales y supranacionales.**

La guía para el manejo de las cuestiones éticas en brotes epidémicos editada en 2016 por la Organización Mundial de la Salud (3) establece en primer lugar cuales son las obligaciones de los gobiernos, con un papel crucial para responder a la epidemia: "Los gobiernos tienen la obligación ética de garantizar la capacidad a largo plazo de los sistemas necesarios para llevar a cabo esfuerzos eficaces de prevención y respuesta ante epidemias". Los países tienen obligaciones no solo con sus ciudadanos, también con la comunidad internacional. La humanidad tiene la obligación moral de funcionar de forma unitaria, sin caer en la ocultación de datos que al final revertirían en un perjuicio para todos. Carecería de explicación que una nación cerrase sus fronteras interiores permitiendo vuelos internacionales, así como cualquier ocultación de datos. En el control de la pandemia aún está en cuestión la respuesta de la nación en la que se inició el brote y la celeridad de la OMS. La sombra de la ocultación de datos sobrevuela sobre ambas y las medidas tibias como el cierre de fronteras interiores el día 22 de enero y la permisividad de vuelos pretendidamente monitorizados con medidas de dudosa eficacia como el control de temperatura de los pasajeros (23). El decreto de pandemia el día 11 de marzo permite comprobar la vertiginosa expansión acontecida. La conclusión por desgracia es muy evidente: la costosa OMS no ha servido para proteger de manera eficaz a la humanidad.

En cuanto al nivel en las distintas naciones, es preciso señalar la enorme responsabilidad que un gobierno tiene para con sus ciudadanos en este campo. La celeridad en la toma de medidas y la observancia estricta de las más elementales normas de la ciencia de la Salud Pública deben imponerse.



De sus decisiones se puede derivar la posibilidad de salvar miles de vidas y evitar la ruina de una nación.

En España en lo que se debate es si hubo suficiente evidencia como para haber actuado con mayor celeridad y si los servicios de salud pública se sometieron a las veleidades políticas, no estando muy claro quién de entre políticos y científicos, está éticamente más comprometido. En este sentido los temas claramente pertinentes del análisis que inmediatamente saltan a la mente son si la declaración del estado de alarma fue adecuado en el tiempo, si el cierre de fronteras con las naciones donde el brote era evidente debió iniciarse de inmediato, si el mando único favorece la eficiencia del sistema nacional de salud en relación a la experiencia en la gestión por parte del Ministerio de Sanidad de los Servicios de Salud, lo que repercute en cuestiones como las compras de material y recursos necesarios.

Otra cuestión es la obligada transparencia en los datos epidemiológicos como se discutirá más adelante, incluidos el número de fallecidos reales por la epidemia y el análisis de las ratios de inmunidad poblacional global y de los más expuestos en particular, como los servidores públicos.

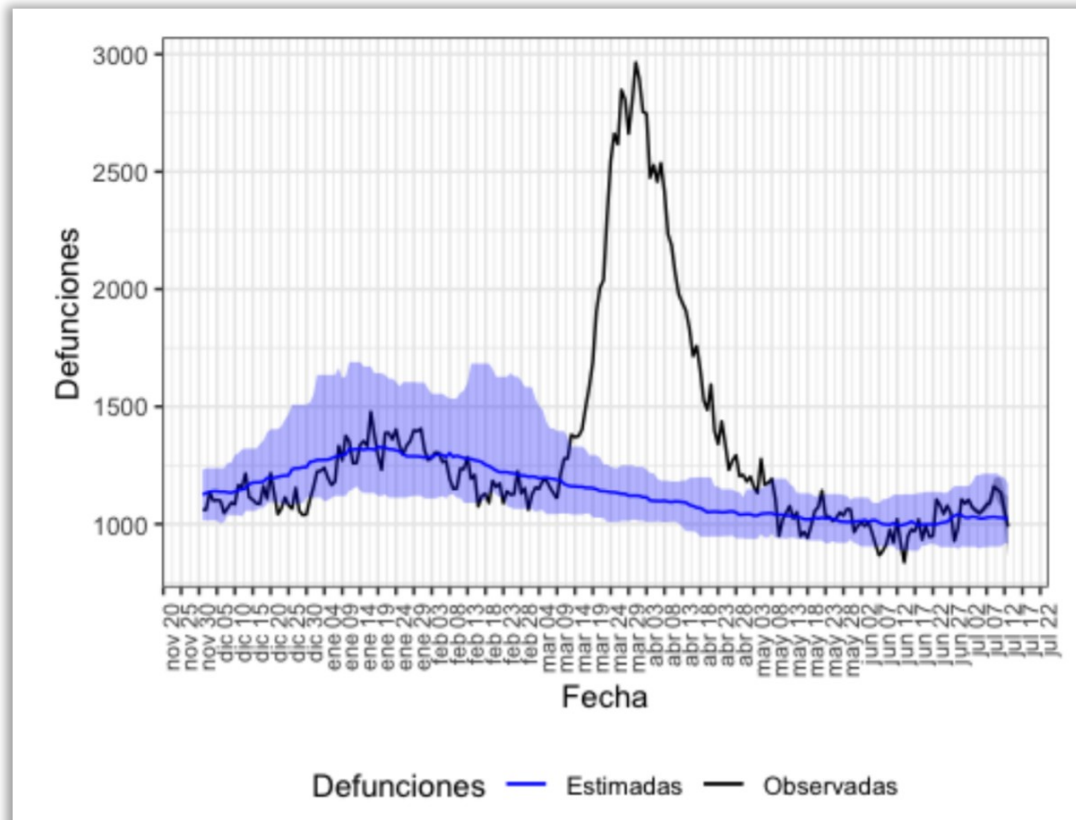
Precisamente uno de los puntos de la guía de la OMS para las cuestiones éticas en situaciones de epidemia (3) es la confidencialidad de la información durante su control como ha sido recordado recientemente por el Prof. – Villanueva Cañadas (24). Este es un principio básico reconocido en el código de deontología médica (25). Naturalmente puede existir un dilema ético respecto a la necesidad de conocer la difusión del virus en la población por los sistemas de vigilancia para la toma de decisiones. Un debate ético entre los imperativos de salud pública y las libertades individuales parece inevitable como ha señalado recientemente la OMS (26).

## **V.2. El problema de las estadísticas y la falta de credibilidad.**

Una de las principales cuestiones para el control de la pandemia es el rigor en los datos. Tanto en los datos de contagiados, como de los fallecidos. La discordancia entre los datos de fallecidos atribuidos oficialmente a la pandemia y el análisis de los registros de mortalidad ofrecen una cifra de casi el doble de los admitidos por la administración. La pregunta es si se ajustan a la realidad o se oculta la incidencia, no estimando estas muertes como parte de la epidemia, para no verse perjudicados por las cifras en el ranking mundial y como consecuencia un desgaste político para los partidos en el gobierno. Este proceder plantea verdaderos perjuicios que se apuntan en el comportamiento ético durante una pandemia según a guía de la OMS anteriormente citada (3). Así, no permite comparar fiablemente los datos con otras regiones o naciones, además puede falsear la tasa de contagio y/o letalidad y no ayuda a la planificación de necesidades asistenciales y sociales pues puede confundir en la estimación de recursos necesarios para afrontar la epidemia. Por tanto, aparte del desprecio más absoluto a la dignidad de los fallecidos y de la propia nación, dificulta la lucha contra el brote y se da de bruces con el más elemental decoro ético.

Existe suficiente evidencia, incluso oficial, para dudar de las cifras que se están ofreciendo a la opinión pública. Así la información que aporta el Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) a partir de los datos de registros civiles (27), que indica que, solo entre el 17 de marzo y el 25 de mayo, se han producido 43.000 muertes más de las esperadas estadísticamente para esta época del año (Figura 1), lo que supone un incremento de un 42%(27). Si los pretendidos datos oficiales son verdaderos el coordinador de emergencias sanitarias debería estar ya buscando la explicación de otra epidemia o causa de mortalidad paralela.

Figura 1. Exceso de mortalidad según registro Sistema MoMo 2020



#### VI. V.3. La falta de liderazgo.

La gestión de una crisis como la que hemos vivido exige un liderazgo, un mando único que transmita confianza a la población con mensajes auténticos y que sea capaz de gestionar los recursos humanos y materiales de forma con equidad y justicia en función de las necesidades reales de la población. Para ello hay que evitar todo tipo de sesgo político. Asesorando al mando, para ello debe haber un comité de expertos con experiencia en gestión clínica y epidemiológica que fundamenten las decisiones políticas en evidencias científicas lo más rigurosas posibles. Sin embargo, en España nunca se ha querido hacer pública la composición e identidad del comité de expertos ad



hoc, del que se desconoce su experiencia y competencia en los campos anteriormente indicados.

Uno de los problemas fundamentales en la gestión de la epidemia estriba en haber desconectando la gestión del problema a las comunidades autónomas que, al fin y al cabo, son las que tenían transferidas esas competencias desde hace muchos años y han sido las que habitualmente han competido en el mercado internacional para el aprovisionamiento de sus recursos. Sirva como ejemplo de esta falta de experiencia en la adquisición de material sanitario como el Ministerio de Sanidad pagó MJ Steps, por cada respirador 46.830€, cuando su valor real en el mercado estaba entorno a los 20.000€, abonando un sobreprecio de 268.000 €, por la compra de diez respiradores (28).

La inexistencia de un auténtico liderazgo desde Ministerio de Sanidad capaz de coordinar a las en políticas de salud pública y prevención con las CCAA, ha sido en parte la causa de algunos fallos en el control de la pandemia. Para el futuro es necesario reforzar el Ministerio de Sanidad y fortalecer su papel coordinador para compartir experiencias y ganar en eficiencia. Sin duda de esta epidemia hemos aprendido que hay que aumentar los recursos en Salud Pública y mejorar la coordinación de todos los estamentos implicados. España es un gran país y no deberíamos haber sufrido este cataclismo sanitario, social y económico. Esperemos que el nuevo proyecto de ley de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a las crisis sanitarias ocasionadas por el Covid-19 (procedente del Real Decreto –Ley 21/2020 de junio), ayude a resolver todos los fallos detectados de los que aquí solo hemos hecho mención a algunos de ellos.

## VII. CONCLUSIONES

*Es el momento de la responsabilidad y del compromiso ético personal ya que el futuro de la epidemia está en nuestras manos.*

### **Crear conciencia del riesgo existente y de responsabilidad.**

▪ Es urgente una intensa campaña de educación sanitaria para evitar conductas generadoras de riesgos.

En la actualidad en España, según estudios científicos acreditados, solo el 5% de la población es inmune al virus, por lo que en cualquier agrupación humana es previsible que exista una persona asintomática capaz de contagiar la infección entre el 95% de los asistentes. Resulta esencial educar a la comunidad, especialmente a los jóvenes, a través de mensajes claros e inequívocos, creando conciencia de la responsabilidad que tienen en el control y desarrollo de los rebrotes actuales.

### **Medidas preventivas individuales y colectivas**

- Mascarillas
- Distanciamiento social
- Lavado de manos
- Evitar viajes innecesarios.

*La vacuna actual contra el Covid-19 es fomentar estilos de vida saludables*

### **Vigilancia epidemiológica de primer nivel.**

▪ Se debe crear un plan sólido dotado del número suficiente de rastreadores vinculados a los servicios de Medicina preventiva y Salud Pública y de un buen sistema de pruebas diagnósticas.

- Se debe realizar un control riguroso de la difusión de la enfermedad. Ante cualquier brote, debe ser realizado una búsqueda exhaustiva y posterior vigilancia de todos los contactos estrechos de los pacientes infectados.
- Se deben presentar estándares minuciosos de vigilancia epidemiológica (datos de morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios y en UCI, etc), homogéneos entre todas las Comunidades Autónomas, actualizados y accesibles de modo permanente y con total transparencia a toda la sociedad.
- Deben dejarse atrás los cambios constantes de criterios de vigilancia o las rupturas de series estadísticas.
- Detección precoz de los casos. Debe trasladarse a la sociedad, especialmente a los jóvenes, que para la detección precoz resulta esencial que cuando se presenten síntomas compatibles con la infección, aunque sean leves, deben acudir a los servicios sanitarios.
- Se entiende muy conveniente que a los contactos sometidos a cuarentena, antes de proceder al alta de su confinamiento se les realice una nueva PCR que confirme la ausencia del virus, tal y como se hace con el personal sanitario. Proceder a altas basadas únicamente en criterios sintomáticos implica el riesgo de que personas infectadas asintomáticas puedan diseminar la enfermedad.
- La información a los contactos implicados en los rebrotes por parte de los Servicios de Vigilancia Epidemiológica debe ser inmediata una vez conocidos los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas (PCR) con independencia de su resultado.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pellegrino ED, Caplan A GS. Doctors and ethics, morals and manuals. Ann Intern Med. 1998; 128(7):569–71.

2. del Llano Señarís, J; Millán Núñez-Cortés J. Ética y gestión sanitaria. Med Clin [Internet]. 2002; 118(9):337–8. Available from: <http://www.fgcasal.org/fgcasal/publicaciones/eticaygessan.pdf>
3. World Health Organisation. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. [Internet]. Publications of the World Health Organization, editor. World Health Organisation. Geneve; 2016. 62 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Palomar B. China identifica al paciente uno del coronavirus: todo empezó el 17 de noviembre. NIUS [Internet]. 2020; Available from: [https://www.niusdiario.es/internacional/asia/china-identifica-paciente-uno-coronavirus-covid-19-brote-comenzo-17-noviembre\\_18\\_2914020026.html](https://www.niusdiario.es/internacional/asia/china-identifica-paciente-uno-coronavirus-covid-19-brote-comenzo-17-noviembre_18_2914020026.html)
5. Hegarty S. Coronavirus en China: quién era Li Wenliang, el doctor que trató de alertar sobre el brote (y cuya muerte causa indignación). BBC/ mundo [Internet]. 2020; Available from: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-51371640>
6. Editorial. Coronavirus: China admite errores al silenciar al médico que dio la alerta. Redacción Médica [Internet]. 2020; Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-china-admite-errores-al-silenciar-al-medico-que-dio-la-alerta-4851>
7. WHO. Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. 2020. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

8. Dominguez M, Cristobal C. Coronavirus: llegó a España entre 14 y 18 de febrero y no hay paciente cero. Redacción Médica [Internet]. 2020; Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-origen-espana-fecha-14-18-de-febrero-6220>
9. Feertchak A. Coronavirus: le SARS-CoV-2 pourrait-il avoir été créé en laboratoire et s'en être échappé? Le Figaró [Internet]. 2020; Available from: <https://www.lefigaro.fr/sciences/coronavirus-nbsp-pourrait-il-avoir-ete-cree-en-laboratoire-et-s-en-etre-echappe-nbsp-20200417>
10. Dominguez M, Cristobal C. "No me extrañaría que el coronavirus se haya escapado de un laboratorio." Redacción Médica [Internet]. 2020; Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-interna/-no-me-extranaria-que-el-coronavirus-se-haya-escapado-de-un-laboratorio-1478>
11. WHO. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
12. Sachs, J., Schmidt-Traub, G., Kroll, C., Lafortune, G., Fuller, G., Woelm F. The Sustainable Development Goals and COVID-19. Sustainable Development Report 2020 [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press. 2020. 520 p. Available from: [https://s3.amazonaws.com/sustainabledevelopment.report/2020/2020\\_sustainable\\_development\\_report.pdf](https://s3.amazonaws.com/sustainabledevelopment.report/2020/2020_sustainable_development_report.pdf)
13. Arroyo J. Coronavirus: infectados en España y la evolución del brote desde el origen. Redacción Médica [Internet].

- 2020; Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-infectados-espana-y-evolucion-covid19-desde-origen-4148>
14. CíViCa. Informe y declaración de CíViCa sobre la pandemia ocasionada por el coronavirus SARS [Internet]. Observatorio de Bioética. Instituto de ciencias de la vida. 2020. Available from: <https://www.observatoriobioetica.org/2020/06/informe-y-declaracion-de-civica-sobre-la-pandemia-ocasionada-por-el-coronavirus-sars/33433>
  15. Ortega E. Covid-19: España suma más sanitarios infectados que Italia y Francia juntas. Redacción Médica [Internet]. 2020; Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/covid-19-espana-suma-mas-sanitarios-infectados-que-italia-y-francia-juntos-4071>
  16. TERESA MORENO-CASBAS. INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS Y SERVICIOS DE SALUD [Internet]. Instituto de Salud Carlos III. 2020. Available from: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Investigacion/SaludDigitalCronicidadCuidados/Paginas/Detalle.aspx?ItemId=12>
  17. Casado E. SANICOVI®: la lucha de Investén contra el COVID-19 [Internet]. Investen. ISCII. 2020. Available from: <http://www.investigacionencuidados.eu/index.php/2020/04/06/sanicovi-la-lucha-de-investen-contra-el-covid-19/>
  18. CDC. How COVID-19 Spreads [Internet]. CDC. 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>
  19. Godlee F. Covid-19: It's too soon to lift lockdown. BMJ [Internet]. 2020; 369(June):2202. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/>

- 369/bmj.m2202.full.pdf
20. Hannah Ritchie, Esteban Ortiz-Ospina, Diana Beltekian, Edouard Mathieu, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Charlie Giattino and MR. Coronavirus Pandemic (COVID-19) [Internet]. OWD: Statistics and Research. 2020. Available from: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
  21. WHO. Advice on the use of point-of-care immunodiagnostic tests for COVID-19 [Internet]. WHO. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/advice-on-the-use-of-point-of-care-immunodiagnostic-tests-for-covid-19>
  22. APHL. Public Health Considerations: Serologic Testing for COVID-19 [Internet]. Serologic Test. 2020. p. 1–6. Available from: <https://www.aphl.org/programs/preparedness/crisis-management/documents/serologic-Testing-for-COVID-19.pdf>
  23. Santirso J, Linde P. China cierra la ciudad de Wuhan para frenar la expansión del virus. El País [Internet]. 2020; Available from: [https://elpais.com/sociedad/2020/01/22/actualidad/1579676709\\_778396.html](https://elpais.com/sociedad/2020/01/22/actualidad/1579676709_778396.html)
  24. Villanueva Cañadas E (Catedrático E de la U de GA de número de la RA de M de AO. Tiempo de la ética: sólo la verdad puede tranquilizar. 2020; Available from: <https://www.ideal.es/opinion/tiempo-etica-Solo-20200329183411-nt.html>
  25. Comisión Central de Ética de la OMC. Código de deontología médica [Internet]. OMC, editor. Madrid; 2011. Available from: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf)
  26. Benitez de Lugo M. La OMS recomienda cautela respecto al pasaporte inmunológico. ABC [Internet]. 2020; Available from:



- [https:// www.abc.es/sociedad/abci-recomienda-cautela-respecto-pasaporte- inmunologico-202004251756\\_noticia.html](https://www.abc.es/sociedad/abci-recomienda-cautela-respecto-pasaporte-inmunologico-202004251756_noticia.html)
27. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas: MoMo. Situación a 4 de junio de 2020. 2020; 1–21. Available from: [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo\\_Situacion a 13 de julio\\_CNE.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion a 13 de julio_CNE.pdf)
28. Alonso S. Sanidad compró por 49.610 euros respiradores que no valen ni 20.000. La Razón [Internet]. 2020; Available from: <https://www.larazon.es/salud/20200517/qmfszepzfnfelbczgg74l3qkdwu.html>



## CAPÍTULO IV.

### PAPEL DE LOS CENTROS DE SALUD DURANTE LA CRISIS Y EN LA ATENUACIÓN

*Dr. Jaime Aparicio Santos.*

Desde que se inició el revuelo mundial acerca de los casos que se habían producido en Wuhan (China) producidos por el nuevo coronavirus SARS 2019n-CoV y su difusión a algunos países europeos, España no fue ajena a dicho peligro, pues si bien se habían diagnosticado algunos presuntos casos a principios del año 2020, fue a principios de febrero cuando ya en Atención Primaria, tanto en las consultas de Medicina de Familia, como en las de Pediatría, se estaba notando un cierto rebrote de cuadros caracterizados por "síntomas gripales", que no se explicaban totalmente por la meteorología que había en esos momentos y que, retrospectivamente, se piensa que pudieran haberse tratado de lo que se denominaría COVID19, denominación que se adoptó para identificar los cuadros clínicos producidos por este coronavirus. Y así, según datos oficiales, que confirman la sospecha, se pudo constatar analizando datos del año anterior, que, efectivamente, se produjo un incremento de consultas, en la semana del 30 de enero al 5 de febrero del 16,2% en toda Andalucía respecto al mismo periodo de 2019, destacando el 21,1% en Granada, el 20,4% en Sevilla o el 19,2% en Almería.

En el mes de enero de 2020, las urgencias atendidas en los centros de Atención Primaria se incrementaron en un 6,92% respecto al mismo mes del año anterior. En enero de 2020, se registró un total de 699.422 urgencias mientras que, en enero de 2019, fueron 654.139 las que se atendieron. Desde el 25 de febrero hasta el martes 12 de marzo, Salud Responde gestionó 22.961 consultas sobre el coronavirus, siendo atendidas uno de los días 5.519, lo cual da idea de la magnitud de las consultas y de la inquietud que iba existiendo en los ciudadanos. Junto a ellas, los centros coordinadores del 061 atendieron en este



periodo 8.618 consultas por el mismo motivo, 1.698 de ellas durante la jornada del día 13 de marzo

El aumento del número de casos que presentaban los síntomas que fueron caracterizando la nueva enfermedad: fiebre, dolor de cabeza, tos, dificultad para respirar, malestar general, laxitud, a los que se fueron agregando otros como vómitos, diarreas, disgeusia, lesiones cutáneas, y que presentaban los enfermos afectados, llevaron a establecer una serie de medidas preventivas, que se fueron intensificando cuando se iba comprobando la naturaleza y la gravedad con que se manifestaba en muchos casos. Fue en ese escenario cuando a OMS declaró que este nuevo cuadro clínico, constituía una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII); es decir " un evento extraordinario que constituye un riesgo para la Salud Pública". Consecuencia de ello fue la Declaración del estado de alarma en España y la determinación de que las competencias sanitarias de las distintas Comunidades autónomas quedaban bajo la dirección de un mando único, asumido por el Ministerio de Sanidad. En muy poco tiempo, se produjo un giro brusco y radical en la Atención Primaria, de forma que los procedimientos normales hasta entonces quedaron en suspenso. Los pacientes comenzaron a desorientarse porque no sabían qué hacer. Rápidamente, en Andalucía, además de la exhaustiva difusión de los mecanismos de prevención necesarios, fundamentados en el lavado de manos con agua y jabón o uso de geles hidroalcohólicos, uso de mascarillas y guantes además de lo que se comenzó a llamar distanciamiento social (separación de personas a un mínimo de 2 metros), la Consejería dispuso los mecanismos de prevención adecuados a fin de difundir información dirigida tanto a profesionales como a público en general. Una de las primeras medidas que se tomaron ante la situación de confinamiento decretada y la incertidumbre por parte de la población acerca de la situación, fue disponer en la aplicación para smartphone "Salud responde", que todo afiliado al SAS puede descargarse identificándose con su



número de tarjeta sanitaria, de un apartado denominado “Coronavirus/asistente virtual”. Al acceder a él se despliegan otros, en los cuales se puede optar por recabar información sobre cuáles son los síntomas, qué se puede hacer para protegerse o lo que ha de hacerse en caso de tener que realizar un viaje; y en caso de tener síntomas, contestar a una encuesta en la que se pregunta si quien consulta tiene fiebre, si ésta es termometrada o no, si tiene tos, sensación de falta de aire, si ha perdido el gusto o el olfato, malestar general, dolores musculares, mucosidad nasal o contacto con algún paciente confirmado o cualquier otro síntoma relacionado con COVID19. En función de las respuestas, automáticamente aparece indicación en el sentido de normalidad o anuncio de recibir una llamada al teléfono que se ha debido introducir, para oír las indicaciones del modo de proceder y/o contactar con el Centro de Salud correspondiente. Al mismo tiempo, el Servicio Andaluz de Salud habilitó un servicio de atención telefónica para pacientes de Atención Primaria (medicina de familia, pediatría o enfermería) con el objetivo de garantizar la máxima protección y seguridad a los profesionales y a los usuarios. Se estableció desde ese momento, este método de consulta para seguirlo siempre y cuando el profesional sanitario considerara que no era necesario ver al paciente; pues en ese caso, el propio profesional daría una cita para una consulta presencial. Durante todo el tiempo de duración del confinamiento absoluto se gestionaron más de 3 millones de consultas telefónicas, a través del teléfono de Salud responde, de la App correspondiente o más recientemente a través de ClicSalud+. Pero no solo se han atendido consultas a través de estos medios, también han sido millones (las cifras fueron cambiando día a día) las realizadas y resueltas por los Centros Coordinadores de Urgencias y emergencias Sanitarias pertenecientes al 061 e incluso a través de un teléfono habilitado expresamente para este fin. Se dispuso la realización de las pruebas rápidas en determinados casos con el fin de ayudar a decidir la necesidad de asistencia sanitaria o facilitar la toma de decisiones.



Dentro de los propios Centros se colocó cartelería indicadora para la población de la necesidad de “Quedarse en casa” y de llamar al Centro correspondiente en caso de tener que realizar recogida de pruebas o cualquier consulta administrativa. Se trataba de evitar el colapso de las Urgencias hospitalarias y poder disponer de los medios necesarios, tanto de personal como de camas, para atender a los casos graves de la nueva enfermedad que precisaran ingreso en planta o en las UCIs. Por tanto, la accesibilidad al sistema quedó bastante limitada, precisamente en unas circunstancias en que más se podían necesitar y además durante un tiempo que se preveía pudiera ser largo. Todo esto, supuso una demora en la atención a patologías diferentes a la COVID19, originando demoras en diagnósticos y tratamientos, hasta el punto de que muchos pacientes afectados por otros cuadros que nada tenían que ver con la nueva enfermedad, temerosos de acudir a urgencias, no lo hacían con la rapidez habitual y cuando llegaban al hospital estaban en una situación, a veces incluso terminal.

En cuanto a los profesionales de los centros de salud, ha de decirse que no dispusieron desde el primer momento de los medios de protección personal suficientes y necesarios, de forma que tuvieron que utilizar mascarillas artesanales donadas por empresas o particulares, que conocedores de esas deficiencias las facilitaron, incluso hubo colectivos que se dedicaron a su fabricación para hacerlas llegar en número suficiente a los profesionales. Poco a poco, a medida que iba a habiendo existencias, la administración fue proporcionando los medios de protección de que fue disponiendo y que hasta pasado mucho tiempo del inicio de la alarma, fueron absolutamente insuficientes cuando no defectuosos.

La atención presencial fue suspendida radicalmente siguiendo los procedimientos señalados anteriormente.



Los profesionales recibían constantemente un aluvión de documentación encaminada a informarles sobre los procedimientos que debían utilizar y el modo de actuar en cada momento y con cada colectivo, con una avalancha de información, que cada día se iba modificando en función de los datos de que se disponían y de las necesidades que se iban presentando, de forma que en muchas ocasiones era difícil interiorizar tan diversas y a veces contradictorias indicaciones. Instrucciones sobre los registros que debían hacerse en las historias de personas sospechosas de padecer la enfermedad, de si se indica aislamiento domiciliario y las condiciones de este, de la realización de la encuesta epidemiológica informando rápidamente al Servicio de Epidemiología del Distrito, seguimiento de contactos, etc. Sería imposible enumerar la cantidad de instrucciones, normas y consejos dirigidos a los diferentes colectivos que demandaran asistencia.

La AP ha demostrado muchas cosas en esta crisis del COVID-19, comenzando por una gran capacidad de respuesta. Desde el aterrizaje de la epidemia en España, los médicos de familia y los pediatras fueron los primeros en detectar casos, asegurar cuarentenas y detectar potenciales complicaciones. Y, por otra parte, estos profesionales han mostrado una gran capacidad de cuidado. Sin salir de sus casas, las personas han tenido al otro lado del teléfono una voz cercana que les tranquilizara o les movilizara, que les reafirmara en su buen hacer durante ese período crítico. Nadie se ha acercado más a las casas y las calles como los profesionales de AP

Pero, a pesar de todo, la crisis se ha gestionado sin darle a la Atención Primaria el papel que le correspondía. Se debieron hacer las pruebas disponibles para la identificación precoz de los casos leves, a fin de llevar a cabo el aislamiento correspondiente de modo que se evitara la diseminación.

A medida que la epidemia se fue extendiendo, los equipos de AP, previamente mermados se vieron afectados por bajas de profesionales, que se



habían ido contagiando por no haber tenido la protección adecuada, y que hacían disminuir su capacidad de respuesta. Esto, unido a la reubicación de muchos profesionales para atender focos de infección múltiple en residencias y para nutrir efectivos de hospitales de campaña, provocó el cierre de muchos centros de salud y consultorios rurales, de efectos impredecibles sobre la población de barrios y pueblos enteros. La accesibilidad a la AP quedó seriamente comprometida en el momento en el que más necesidad había. Se produjo un hecho inaudito: la suspensión de hecho, de la AP de salud en sectores muy extensos de la población y por tiempo indefinido.

Consecuencia de las medidas de confinamiento decretadas por el estado de alarma y el miedo al contagio por parte de la población ha hecho que, en general, personas con patologías agudas no acudieran a su centro o al hospital para ser diagnosticados y tratados, dando lugar en ocasiones a evoluciones y desenlaces que no se hubieran producido en condiciones normales. Otras de las consecuencias de esta situación ha sido la interrupción por parte de las familias de los programas de vacunación, pues por temor al contagio, no han acudido en las fechas previstas a la administración de las dosis vacunales correspondientes para sus hijos, pues si bien las dosis de recuerdo pudieran demorarse, no así las primovacunas, sobre todo durante los primeros 15 meses de vida; o las dosis que debían administrarse a las embarazadas durante el último trimestre de embarazo.

Consideración especial merece la atención al colectivo residente en Instituciones sociosanitarias. Se originó una problemática compleja que debe ser analizada por especialistas en geriatría, dado que en algunos lugares hubo situaciones que pudieran ser absolutamente reprobables, posiblemente por no tener la información, los medios y el personal adecuados para preservar de posibles contagios a una población tan vulnerable. Sus necesidades se detectaron tarde y originaron una casuística que debe ser analizada adecuadamente.



Con la mejora de la situación epidemiológica y el levantamiento de medidas restrictivas derivadas del estado de alarma, comienza a revertirse la situación y se va encaminando a solucionar los retrasos producidos en la atención de todo lo que se ha considerado no urgente, la atención a las patologías crónicas, el riesgo de errores en las consultas no presenciales, la dificultad en la atención cuando el profesional que atiende al teléfono no es el médico de familia o pediatra habitual u otros problemas que se hayan podido producir.

Para tener una idea de la demanda asistencial que ha habido, gran parte gestionada por la Atención Primaria y Urgencias asimiladas a ella recopilando los datos existentes a día 16 de junio de 2020: La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) ha registrado desde el inicio del estado de alarma un total de 7.874.540 llamadas por todas las líneas, habiendo recibido el día 15, 68.169. De ellas, los 8 Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias Sanitarias pertenecientes al 061 en Andalucía gestionaron el 11,9% de llamadas, el 87,5% fueron atendidas desde el 955 545 060 de Salud Responde, y a través del 900 400 061 habilitado para la atención exclusiva de las consultas sobre coronavirus se recibió el 0,6% restante. Esta línea ha registrado desde su puesta en funcionamiento 295.058 llamadas.

Las primeras consultas por coronavirus comenzaron a ser solventadas por los centros de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias el pasado 25 de febrero. Desde esa fecha hasta el día 15 de junio, los centros coordinadores de 061 y Salud Responde resolvieron 184.660 peticiones de asistencia o de información por este motivo. En esa misma jornada, los centros del 061 gestionaron 43 de ellas (siendo el 90% solicitudes de asistencia) y en Salud Responde se atendieron 90 consultas (75% informativas y el 25% asistenciales).

La aplicación móvil de Salud Responde superó las 693.000 consultas desde el pasado 25 de febrero hasta la actualidad, siendo el 25% para la



realización de los test rápidos de los que se llevaron a cabo más de 175.000 desde su puesta en marcha el sábado 14 de marzo, con el fin ayudar a las personas a determinar de forma inicial si necesitan o no asistencia sanitaria y facilitarles la toma de decisiones.

Todos estos datos dan una idea de la envergadura de la situación y de la respuesta que desde la AP se ha dado a la misma, siguiendo en cada momento con absoluta profesionalidad y dedicación, las indicaciones que desde el Ministerio o la Consejería se iban produciendo constantemente.

La recuperación de la normalidad va a ir acompañada de algunos cambios en la asistencia en el Primer nivel de la atención, pero esos cambios han de tratarse con mucha cautela. El nuevo modelo asistencial generado por la situación vivida posiblemente no va a reducir la carga asistencial que sufre el Sistema sanitario, y es posible que la vaya a fragmentar en un modelo presencial y en el uso de lo que ha venido en llamarse telemedicina. La Telemedicina puede hacer que disminuya la masificación actual y tienda a reducir las demoras en la atención, sobre todo cuando se trata de recogida de exámenes complementarios, partes de baja/alta o cualquier otro trabajo burocrático o simple seguimiento de un determinado tratamiento, pero nunca podrá sustituir a la consulta presencial que refuerza la relación médico-enfermo. Es un tema muy delicado del que ya está habiendo pronunciamientos por parte de la OMC y, más recientemente, de esta Comisión de Deontología del Consejo Andaluz con sus posibles ventajas e inconvenientes, pero siempre dando absoluta prioridad a las consultas presenciales, santo y seña de una correcta relación médico/paciente. Habrá de producirse un cambio en la organización de las consultas, intercalando citas presenciales con llamadas telefónicas, de forma que en la sala de espera coincida el menor número de pacientes y que se pueda mantener el distanciamiento entre personas.



Es cada vez más consistente la idea de que el SARS-CoV-2019 es un virus endémico que va a estar presente ocasionando brotes estacionales. Por eso, a la Atención Primaria se le ha de dar el papel importante que tiene en la toma de decisiones, dotando a las consultas de todos los medios necesarios para aumentar su nivel de resolución. Muy posiblemente van a circular de forma simultánea, sobre todo en invierno, patologías de etiología viral con sintomatología similar a la del COVID19 y es absolutamente necesario disponer en Atención Primaria de personal y de medios suficientes para filiar cada uno de los cuadros correspondientes, ya que, si no se pueden identificar debidamente, el Sistema sanitario se puede colapsar. Es necesario aprender de las lecciones que nos ha dado la pandemia, para que la Atención Primaria pueda tener instrumentos resolutivos a su disposición y ocupe de una vez por todo el lugar que le corresponde, evitando lo que se ha llamado el hospitalocentrismo. Una AP de calidad es la base de un sistema sanitario sólido, y sigue siendo, asimismo, la mejor arma contra futuras epidemias.

A lo largo del mes de junio de 2020 el Ministerio de sanidad ha hecho públicos sendos Documentos técnicos sobre el “Manejo en AP y domiciliaria de la COVID 19” y sobre el “Manejo Pediátrico de la COVID 19” avalados en ambos casos por las Sociedades Científicas más representativas tanto de Medicina de Familia como de Pediatría, en las que se dan una serie de recomendaciones, advirtiendo que están en continua revisión y que pueden ser modificadas en cualquier momento.

A fecha 19 de junio de 2020, en aplicación del Pacto de la Mesa General de Negociación Común del Personal Funcionario, Estatutario y Laboral de la Administración de la Junta de Andalucía, se desarrolla el Apartado IV, punto 5 del Plan de Incorporación Progresiva de la actividad presencial en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud y que, en el caso de Sanidad está considerada como servicio esencial. En este sentido se dispone que la modalidad ordinaria de prestación del servicio será PRESENCIAL, produciéndose la incorporación a partir



del 1 de julio. Se establecen algunas condiciones, señaladas en el Plan de Incorporación, referentes a personas que puedan tener dificultades para incorporarse por motivos de conciliación familiar, las cuales deben proceder a solicitar la continuidad del trabajo semipresencial, acompañada de una Declaración Jurada y someterse a la aprobación o no de la Dirección correspondiente.

La OMC ha elaborado también recientemente un informe sobre la Atención Primaria en el proceso de desescalada de la Pandemia marcando directrices y haciendo una serie de propuestas que a modo de conclusión están basadas en que *“la búsqueda del bien común basada en la ética y la deontología debe ir de la mano de la máxima protección de los profesionales y del mantenimiento de su moral y de su ánimo. La coordinación de todos los actores dentro de la sanidad y a estos con los responsables políticos y con la sociedad es un objetivo fundamental”*. Este mensaje se difunde desde la confianza de ver superados los retos que se proponen y con la esperanza de que la Atención Primaria pueda seguir trabajando como verdaderos equipos que aporten sus mejores cualidades al conjunto del Sistema Sanitario y a la atención de salud de los ciudadanos.

Como los acontecimientos se van sucediendo de forma vertiginosa, la AP va a asumir también un papel fundamental en los próximos tiempos al haberse creado la figura del rastreador del coronavirus, papel que asumirán los encargados de localizar a personas que hayan podido estar en contacto con el virus, detectando los posibles focos de contagio que aparezcan en cualquier lugar. Según las directrices que van a marcar su labor estarán bajo la supervisión de epidemiólogos y una vez detectado el posible foco, a todos los afectados se les comunicará la obligación de estar guardando aislamiento durante 14 días, pasados los cuales se le realizarán “in situ” las pruebas correspondientes para confirmar la ausencia de peligro. Es muy importante bajar al máximo el índice

R 0, que define el potencial de transmisión (número de personas que un individuo infectado puede contagiar a su vez), que en el caso de la COVID 19 se estima entre 1,5 y 3,5 aunque puede aumentar dependiendo de la carga viral del infectado. Se intenta con todas las medidas de prevención puestas en marcha, conseguir que sea inferior a 1. No obstante, dadas las múltiples incógnitas que plantea este virus, no se sabe con exactitud la forma en que afectan esas medidas preventivas al comportamiento futuro del virus. Hay muchas variables referidas a estados previos de salud, diferentes regiones geográficas e incluso últimamente se está especulando con referencia a la mayor susceptibilidad dependiendo del grupo sanguíneo de la persona. Lo cierto es que sobre los profesionales de AP va a recaer una responsabilidad importante, que contribuirá (otro aspecto más) a resaltar el papel fundamental de este primer escalón sanitario.

## CONCLUSIONES

- 1.- Es muy importante tener en cuenta el papel fundamental que la Atención Primaria desempeña en la detección y control de cualquier caso de COVID 19.
- 2.- Ha de dotarse a la Atención Primaria de los medios técnicos y humanos necesarios y suficientes para evitar contagios, establecer estrategias y sensibilizar a la población sobre la gran importancia que tienen los medios de protección individual a fin de evitar la aparición de nuevos casos.
- 3.- Se han de establecer criterios éticos claros sobre el uso adecuado de la Telemedicina en Atención Primaria, priorizando las consultas presenciales y cuidando la correcta relación médico-enfermo.
- 4.- Aunque haya de prestarse una atención preferencial a la detección y control de nuevos casos de COVID19, no ha de olvidarse que existen otras enfermedades; y, en base a ello ha de informarse también a la población que



ante cualquier síntoma de enfermedad, es necesario ponerse en contacto con el Centro de Salud correspondiente o su Servicio de Urgencias, a fin de recibir la atención necesaria al caso y no demorar unos cuidados, cuya no aplicación puedan representar riesgo vital.



## CAPÍTULO V.

### COVID-19 Y RESIDENCIAS

*Dr. Javier García Monlleó.*

La atención en las residencias de Ancianos. Datos y criterios estadísticos para su elaboración. La situación vivida. ¿Por qué tantas muertes en las residencias? ¿Qué se hizo mal? ¿Qué podemos hacer en un futuro para evitar nuevas catástrofes? Reflexiones finales. Bibliografía y Referencias.

#### **I. La atención en las residencias de ancianos.**

Según uno de los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mitad de las muertes derivadas del coronavirus Covid-19 en occidente se han producido en residencias de ancianos. Un hecho que ha puesto sobre la mesa un debate sobre el sistema de cuidado de mayores y los equipos de dependencia de cara al futuro.

Y es que, si algo está dejando claro esta pandemia es que hace falta reformular el modelo de atención a los mayores. Seguramente nos convenceremos por las experiencias vividas que los servicios sociales y los servicios sanitarios tienen que ir juntos y no pueden actuar como compartimentos estancos, ha sido la intervención de Salud en centros de mayores la que ha permitido en bastantes situaciones parar la epidemia. Esta unión de ambas áreas se traduce, entre otros, en un ejemplo concreto: residencias de ancianos 'medicalizadas'. Centros de carácter sociosanitario, que estén integrados en el territorio y en conexión directa con el hospital de referencia.

Dada la experiencia vivida en esta pandemia tendríamos que pensar en un modelo de nueva residencia medicalizada que cuente como mínimo con



un médico, un servicio de Farmacia con tratamiento intravenoso, enfermeras 24 horas, un gran espacio que se pueda dividir en salas (para, por ejemplo, realizar aislamientos ante virus tan contagiosos como el coronavirus), con un equipo de fisioterapeutas, conexión directa con el hospital de referencia, equipos para hacer análisis de sangre e, incluso, el instrumental necesario para hospitalizaciones de carácter leve. En este modelo de residencias medicalizadas la sociedad apuesta por cambiar el rol de algunos profesionales como la Enfermería. Se puede hacer una atención muy medicalizada en las residencias si incrementamos el número de enfermeras. Ahora bien, las residencias de pequeñas dimensiones menores de 25 plazas es imposible que actúen como hospitales para hacer frente a una situación como la que estamos padeciendo con esta pandemia.

También incidimos en la importancia de mejorar y potenciar la atención domiciliaria y los servicios a la dependencia: Si tú le preguntas a alguien dónde quiere pasar sus últimos días casi siempre dirá que en su casa, debemos potenciar los servicios domiciliarios y los pisos tutelados incrementando mucho la atención a la dependencia de ambos servicios.

Esta situación que estamos viviendo de la asistencia en las residencias durante la pandemia del coronavirus, ha tenido un gran impacto y hemos de reflexionar sobre las políticas sanitarias y sociales que en los últimos años se han desarrollado en este país para estas personas, las más vulnerables de nuestra sociedad, coincidimos que han sido claramente insuficientes y en muchas ocasiones negligentes.

No sabemos las causas y circunstancias con precisión, pero es una realidad que las personas fallecidas en las residencias han sido bastante desiguales por territorios y comunidades de España, concretamente en Andalucía ha sido bastante menor que en otras como por ejemplo Madrid, Cataluña, Aragón o Castilla y León. Esto lo manifiesto en una reciente entrevista que me hicieron

para Andalucía-Información, pero haciendo una llamada de atención para que no suponga bajar la guardia en medidas de prevención ni para relajarnos.

<https://andaluciainformacion.es/andalucia/901317/maxima-precaucion-ante-el-reencuentro-con-los-mayores/>

*“García Monlleó señala que Andalucía no se ha visto tan afectada por la pandemia en los centros residenciales como otras comunidades, pero recuerda que aun así “ha habido más de seis mil contagios y más de quinientas personas que han perdido la vida en este sector poblacional” en la región. Las residencias y centros sociosanitarios de atención a personas mayores son los espacios más vulnerables frente al coronavirus”, remacha. Por ello, considera que, de cara al futuro, hay que mejorar las cosas que “hemos hecho regular”. “Es necesario una detección y diagnóstico precoz de casos positivos y establecer un plan de actuación único, tanto para los centros públicos como privados”, propone. En este sentido, considera que las derivaciones al hospital de agudos de ancianos con Covid-19 no deben basarse exclusivamente por la limitación de la edad, sino por criterios de situación funcional y pronóstico y deben ser individualizadas”.*

Los datos proporcionados por las propias CCAA así lo testifican:

PORCENTAJE DE FALLECIDOS EN RESIDENCIAS DURANTE LA CRISIS DEL COVID-19 SEGÚN LAS PROPIAS CCAA (12 DE MARZO A 2 DE JUNIO)

|    |                 |        |
|----|-----------------|--------|
| 1. | ARAGON          | 85,6 % |
| 2. | EXTREMADURA     | 85,2 % |
| 3. | CANTABRIA       | 72,7 % |
| 4. | CASTILLA Y LEÓN | 72 %   |
| 5. | NAVARRA         | 63,4 % |
| 6. | ASTURIAS        | 62,3 % |
| 7. | LA RIOJA        | 57,6 % |
| 8. | MURCIA          | 48,1 % |

|     |             |        |
|-----|-------------|--------|
| 9.  | GALICIA     | 44,3%  |
| 10. | C.L. MANCHA | 41,3%  |
| 11. | PAÍS VASCO  | 40,4%  |
| 12. | VALENCIA    | 40,1 % |
| 13. | ANDALUCÍA   | 39,2 % |
| 14. | BALEARES    | 38,8 % |
| 15. | CATALUÑA    | 32,8 % |
| 16. | MADRID      | 32,4 % |
| 17. | CANARIAS    | 11,6 % |

La negligencia es la falta de cuidado, de aplicación y de diligencia en el cumplimiento de una obligación. En este caso, la negligencia de nuestros políticos ha sido la falta de cuidado en la obligación que tenían de protección de personas con un alto grado de dependencia física y cognitiva, con una alta carga de enfermedades y, muchas de ellas, en fase de final de vida.

La postura del resto de la sociedad también ha sido mirar hacia otro lado. Y esto nos atañe a todos. También a la ética social y a la justicia, que ahora se ha lanzado sorprendida a abrir investigaciones, seguro que muchas de ellas justificadas, para aclarar por qué se ha producido la elevada mortalidad que hemos sufrido en estos centros. Digámoslo claramente, porque el reconocimiento del error nos ayudará a plantear soluciones. Como decía antes, quizás no es el momento de buscar culpables, pero si tenemos que asumir que hemos fallado como sociedad, todos, en la protección de las personas más vulnerables.

En los siguientes días y semanas contemplaremos, estupefactos, discursos poscrisis variopintos, acelerados y, la mayoría, terriblemente superficiales. El que nunca ha mirado el problema ahora lo mirará, pero pasará muy rápido y por encima, porque lo que ve no le gusta. Y propondrá soluciones también rápidas.



Pasará de la negligencia a la superficialidad, que es una conducta moralmente más soportable, pero igualmente ineficiente.

Leeremos miles de debates y posicionamientos al respecto de las residencias de mayores en los siguientes meses. Sobre la conveniencia del modelo público-privado o solo público. Sobre el incremento de controles de calidad. Sobre la "medicalización" de las residencias. Sobre la infrafinanciación del sector residencial. Sobre los míseros salarios que se les pagan a los cuidadores. Sobre la poca coordinación de estos recursos con la sanidad pública...

Y todos estos debates y posicionamientos vendrán de los que durante años hemos tenido la responsabilidad de mejorar la atención a estas personas, las más frágiles de nuestra sociedad. De los partidos políticos que, de forma sistemática, no han incluido este tema como una prioridad en sus programas y planes de acción. De las patronales del sector que mantenían salarios bajos para cuadrar los resultados económicos. De los grupos de inversión que veían un buen negocio en el cuidado a estas personas.

Ahora hace falta que reconozcamos nuestra incapacidad para haber sido suficientemente diligentes cuidando a nuestros mayores. Desde las sociedades científicas que no habíamos priorizado el problema... De los propios familiares, muchos de los cuales aceptaban la situación de forma resignada. Ahora no es el momento de debates y posicionamientos simplistas. Ahora hace falta que reconozcamos nuestra incapacidad para haber sido suficientemente diligentes cuidando a nuestros mayores más vulnerables. Y que esto no quiere decir que no se haya maximizado el cuidado que hemos prestado con la financiación que teníamos, que es lo que ha hecho todo el sector o que las familias no hayan estado preocupadas por sus mayores institucionalizados. Quiere decir que no hemos sido suficientemente beligerantes exigiendo para ellos unos servicios dignos y de más alta calidad. Y nuestra visión debe ser más amplia. El debate

de las residencias de mayores tiene que abarcar también el de los cuidados de larga duración para personas con dependencia y discapacidad en el domicilio y, cuando no sea posible, en residencias de mayores. No olvidemos que la gran mayoría de nuestros mayores, y nosotros mismos, no queremos envejecer en una residencia sino en nuestra casa.

Hagamos de la atención a estas personas tan vulnerables de nuestra sociedad un objetivo de país. Pongámoslo entre las prioridades de nuestra sociedad. Eso, ahora que necesitaremos más financiación y es el peor momento; y que ahora necesitaremos consenso político y es el peor momento; y a pesar de que ahora todos debemos hacer lo que no nos gusta: reconocer nuestros errores no para lanzarnos reproches, sino para aprender y no volverlos a cometer nunca más. Ahora no es momento de reproches, de luchas, de soluciones fáciles, de posicionamientos interesados. No podemos seguir tampoco mirando hacia otro lado o pasando la vista por encima y superficialmente. Basta ya de negligencia y de superficialidad. Solo un debate serio, multidisciplinar, variado, responsable y ético nos dará la solución. Y el que antes de entrar en el debate no sea capaz de dejar en la antesala sus intereses políticos, económicos o de poder... que no entre.

Es el momento de reconocer el error, afrontar el problema y buscar soluciones. Y decir en voz alta que queremos un final digno para nuestros mayores más vulnerables. Y para nosotros mismos. Y asegurarles a ellos que lo tendrán. Y asegurarnos nosotros de tenerlo.

## **II. Datos y criterios estadísticos para su elaboración.**

La Organización Mundial de la Salud establece una recomendación de que haya un 5% de plazas residenciales en relación a la población mayor de 65 años en cada país y en España no llegamos al 5%, sino que estamos en el 4,6. Hay un déficit a nivel general de 70.000 plazas residenciales a nivel a nivel de

todo el Estado. Efectivamente, hacen falta plazas residenciales en España. ¿Por qué no se ha atendido esa situación hasta ahora? Pues porque una plaza residencial es algo que es caro. En cuanto a si las residencias estaban preparadas, yo creo que están preparadas para lo que estaban haciendo: cuidar a los mayores, pero no curarles. Es decir, cuando enferman los residentes, si no tienen médico propio, deben ir al centro de atención primaria o al hospital que le corresponda.

Es verdad que las residencias son un mundo muy heterogéneo y complejo y además son muy necesarias, en España según datos de Abellán et al. CESIC (abril-19) hay 5.417 residencias, con 372.985 residentes que alojan al 4,6 % de la población > 65 años y además las competencias (inspección, control y supervisión) están transferidas a las Comunidades Autónomas y como comentamos la titularidad está muy diversificada y por supuesto con gran disparidad de criterios en cuanto a capacidad de plazas, tamaño y por supuesto, normas de funcionamiento interno, programas de actividades, características físicas (arquitectura), oferta de servicios (alimentación, gimnasio, capilla, biblioteca, jardín, piscina, etc.) y también lo que es muy importante: dotación de personal, sanitario (médicos, psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares, o no sanitario (directivos, administrativos, mantenimiento, etc.) dotación de material, precios y condiciones de admisión.

1.130 con < de 25 plazas: 6,7 % del total de residentes

1.129 con > 100 plazas: 48,7 %

3.058 entre 25-100 plazas: 45 %

Tan solo <15% son habitaciones individuales

3.844 (71 %) son privadas

1.573 (29 %) son públicas



Actualmente la SEGG ha creado un grupo de expertos en Geriatría y Gerontología, al que pertenezco como presidente autonómico, que estamos reflexionando sobre la necesidad de una mejora del modelo residencial, con un enfoque de "atención centrada en la persona", sistemas modulares convivenciales, una mayor cohesión de los servicios sociales y sanitarios, con una mayor implicación del sistema público de salud en las residencias. Resaltando que las ratios actuales de personal de las de las diferentes normativas autonómicas (incluso las de las más exigentes) son insuficientes, especialmente en las ratios de Auxiliares-Gerocultores/as y que, adicionalmente, para un buen planteamiento interdisciplinar, es necesario incorporar en todas las normativas, la presencia de los siguientes perfiles profesionales: Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Psicología, Terapia Ocupacional y Trabajo Social, entre otros.

Con respecto a aspectos específicos de los espacios, el máximo número de personas permitido por habitación deberían ser 2 y el mayor porcentaje de habitaciones deberían ser individuales. El acceso a los aseos y duchas debería ser directo desde las habitaciones y cada habitación debería tener su aseo-ducha o como máximo uno compartido por 2 habitaciones.

Y si analizamos someramente el perfil de los residentes vemos que sería el lugar idóneo para el desarrollo del Covid-19, son personas mayores muy vulnerables, por la edad muy avanzada, con una media de 88 a 92 años según diferentes fuentes de datos, con cada vez más personas que han sobrepasado los 100 años. Con frecuencia portadores de pluripatología y enfermedades crónicas de larga duración y muy prevalentes (hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías, artropatías, demencias...) común es que están polimedificados con una media de más de 10 fármacos por residente y en su mayoría con dependencias para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y que precisan ayuda la mitad de ellos (50%) y con deterioro cognitivo entre un 30 y un 40%.

Además, son bien conocidas las características también heterogéneas de las condiciones de cada centro residencias, muchos de ellos con espacios reducidos y restringidos y muchas actividades comunes en éstos: comidas, sala de reuniones, visitas, televisión, biblioteca, servicio religioso, gimnasio... que evidentemente dan lugar a contactos permanentes entre los internos con dificultad para el aislamiento y personal que los atiende, como se ha visto claramente mal protegido.

### **III. La situación vivida durante la pandemia. ¿Qué se hizo mal?**

Habitualmente de media en España fallecen un 2% de los ingresados mensualmente. Ahora mismo las cifras que se están dando pueden triplicar ese número de fallecimientos habituales. Yo creo que hay una parte positiva dentro de este horror que estamos viviendo y es que la sociedad en su conjunto, sí que está percibiendo que este modelo de residencias y de atención a las personas mayores no puede ser. Que tenemos que cambiarlo. Lo que tenemos es que ofrecer un sistema de atención mucho más digno para las personas, donde se respeten sus derechos. Hay residencias que se han dejado y se están dejando el alma en salvar a las personas, en hacer turnos dobles, triples, para que no ocurra eso. Pero ha habido otras que desgraciadamente han sido negligentes, han descuidado o llevan descuidado tiempo a las personas mayores.

Nadie se ha percibido de eso porque no hay suficiente control por parte de la administración y a lo mejor tampoco por parte de los familiares, porque hay residencias donde nos hemos enterado de cosas que han pasado, y uno se pregunta: "¿Y los familiares que van a ver a su familia, a las personas mayores y ven eso? ¿Cómo no lo denuncian?". Bien, nunca vamos a saber cómo entró el COVID-19 en la residencia, porque el contagio puede haber sido desde un trabajador hasta una visita de un abuelo al hospital para una visita rutinaria.

¿Cuántos fallecieron normalmente sin enfermedad? ¿Cuáles son COVID y cuáles no? Testimonios de personal sanitario y familiares de residentes que son dramáticos: *no lo sabemos porque no teníamos pruebas, Que esto no es un hospital. Esto es su casa. El tema administración ha sido nefasto, nefasto desde el minuto uno, porque primero las informaciones eran cambiantes, los protocolos eran cambiantes, ahora esto, ahora no, ahora aquello, ahora las ambulancias no pueden venir a buscar a los abuelos... Tú te ves desamparado. Al cabo de dos meses, porque han sido dos meses, las administraciones se han puesto en marcha de verdad. El primer mes ha sido devastador. Soledad total. Es una generación que ha sufrido siempre, lo han dado todo. Es decir, cuando acabó la guerra no tenían nada y aprendieron a subsistir, cuando pudieron levantarse, entonces llegaron los hijos con toda la crisis que hubo, con el paro, y tuvieron que alimentar a sus hijos, y cuando han llegado a este momento final resulta que tienen que cuidar a los nietos. O sea, siempre han estado dando, dando, dando. Entonces siguen dando y al final pues la verdad que es muy triste que la sociedad le haya despedido de esta manera tan fría, ¿no?*

Muchos de los grupos de residencias están comprados por fondos de inversión que yo creo que lo que invierten es en un negocio. Me parece totalmente lícito que una empresa ofreciendo una atención adecuada, tenga un beneficio. Hasta ahora las comunidades autónomas han preferido, porque les resultaba más eficiente, concertar estas plazas con empresas privadas que podrían ofrecer este servicio. Y bueno, pues ese es el motivo de que haya distintos grupos que han visto esa oportunidad y que lo que viene es a ofrecer una atención de calidad a los residentes españoles. Es decir, hay empresas privadas que vienen a suplir la falta de acción de las comunidades autónomas en la atención a las personas mayores. Todas las comunidades autónomas tendrían que ponerse las pilas y empezar a establecer planes de creación de residencias públicas que equilibren la balanza y que tengan como objetivo fundamental la atención a las personas mayores y no al negocio de las



empresas para poder atenderlos. En Madrid, el 92% de las residencias, el 92% están en manos privadas, para que el 92% de las residencias estén en manos privadas, de alguna manera tienes que garantizar que haya un beneficio económico. ¿Y cómo se garantiza ese beneficio económico? Nosotros entendemos que se garantiza a costa de la falta de atención o de la atención que se merecen las personas mayores.

Es la Administración la que tiene que velar por la calidad de los servicios. Entonces, si hay empresas privadas que tienen, que están controladas por fondos, la Administración tiene que velar por haya criterios de calidad, cuántos profesionales tiene que haber en la residencia, que tiene que incrementarse mucho la ratio, cuál es el programa de atención y estar permanentemente controlando y vigilando que eso se cumple.

Residencias de ancianos sin médicos y enfermeros, sin material de protección, sin test, sin respiradores, sin posibilidades de derivación de pacientes a hospitales. Residencias de ancianos que recibían de las administraciones "instrucciones cambiantes". Residencias de ancianos con el triple de bajas laborales que el personal sanitario.

Residencias de ancianos que a principios de junio siguen sin diagnóstico de todos los residentes y trabajadores. A las que las comunidades autónomas enviaron Equipos de Protección Individual (EPI) de forma "esporádica, insuficiente y desordenada". Que tenían cadáveres porque las funerarias no iban a recogerlos, que no obtenían respuesta de algunos ministerios o un simple acuse de recibo de otros.

Todas estas afirmaciones y algunas más están en un informe del Círculo Empresarial de Atención a Personas (CEAP) fechado el 5 de junio. Cintia Pascual la presidenta de la patronal de las residencias privadas asombró a los diputados y las diputadas de la Comisión para la Reconstrucción del Congreso con un relato de parte del informe que denuncia la situación vivida en las semanas más

duras de la pandemia del coronavirus. Pero el tiempo que tuvo como compareciente no le permitió desgranar la totalidad de las 45 páginas del documento, que ilustran, dato a dato, algo que sí llegó a expresar en sede parlamentaria. *"Ha sido un horror"*.

El informe es demoledor. Dibuja una sensación de impotencia ante un tsunami de muertes, falta de material, instrucciones contradictorias y silencios administrativos. Una especie de clamor en el desierto.

En muchas residencias faltaba personal porque se lo llevaba el sistema sanitario, que pagaba más, o porque se le daba de baja hasta por teléfono sin hacerle la prueba. No había oxígeno, ni test, ni material de protección. No se contrató a médicos extranjeros que tenían titulación, pero no residencia legal. Nos enfrentamos a dilemas éticos al administrar morfina a algunos ancianos pensando si en otras circunstancias podría haberse hecho otra cosa.

Empezamos a encontrarnos con residentes que habían fallecido y que seguían en las residencias. Un día llamé al director de una de las mejores funerarias con las que trabajamos y le pregunté por qué no venían a recoger a los difuntos. Y me contestó: *'Porque no tengo equipos de protección para mandar a mi gente a recoger cadáveres. No puedo enviarles sin medida alguna de protección'*. Ni venían los médicos a certificar la defunción, ni las funerarias a recoger los difuntos. Todo estaba desbordado.

CEAPS reúne a más de 1.800 residencias, un entramado con 90.000 trabajadores y alrededor de 200.000 de las 380.000 plazas que hay en toda España. O sea, más de la mitad de los ancianos que viven fuera de sus hogares, el 67% de las cuales gestionan pequeñas y medianas empresas.

Siete de cada 10 muertos por coronavirus han sido ancianos, gran parte de los cuales vivía en residencias. El Informe analítico de gestión en centros residenciales en España durante el Covid-19 denuncia el "abandono de las

administraciones" a este mundo residencial y colectivo sobre el que se cebó la pandemia.

No hay datos que demuestren que la derivación hospitalaria de todos los residentes que lo hubieran necesitado y a la que tenían derecho hubiera rebajado el número de fallecimientos. Sí los hay que, en las circunstancias en que se produjeron y con los síntomas que presentaban, en una circunstancia normal una alta proporción de residentes que han fallecido en residencias hubiera sido trasladada a servicios de urgencias hospitalarias.

En este sentido nuestro presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), J.A. García Navarro, en un comunicado deja claro, fundamentalmente en lo ocurrido en Madrid, que esta pandemia ha afectado principalmente a los ancianos ingresados en Residencias. Lo sucedido en España no ha sido diferente a lo ocurrido en nuestro entorno. Y esto no quiere decir adoptar una actitud complaciente sino ponerse rápido en acción para que no nos vuelva a ocurrir.

*“Que no se ha negado el ingreso hospitalario a los ancianos de la Comunidad de Madrid también lo dicen los datos: 10.300 residentes han sido trasladados desde su residencia a hospitales desde el 1 de marzo hasta el día 5 de junio (una media de 106 cada día); el día 6 de abril se alcanzó un pico de 206 traslados de residencias a hospitales; de los 2.226 pacientes ingresados en La Paz entre el 25 de febrero y el pasado 19 de abril, el 32% (709 personas) provenían de una residencia de mayores...y así en el resto de hospitales.*

¿Hasta dónde influyó el colapso del sistema sanitario? Fue determinante. La gran pregunta que nos hacemos es: ¿Se hubieran podido salvar vidas de los que no se trasladaron a hospitales? En ciudades donde el sistema estaba colapsado no los trasladaban. Pero no puedes dejar a los enfermos en las residencias si no vas a traer personal, equipos de protección, goteros, mascarillas, test... Éticamente llegas a una conclusión: que se produjo un cribaje



de la población. No ocurrió en toda España, porque no en todas las comunidades estaba colapsado el sistema sanitario, pero donde lo estuvo se decidió para quién sí y para quién no.

El informe de CEAP cuenta que el Estado "priorizó" la entrega de material de protección (EPI, mascarillas, guantes, batas, geles desinfectantes, pantallas) a los hospitales, pero que "no cumplió el protocolo de suministrar esos equipos a las residencias" porque los propios hospitales "no tenían suficientes para ellos mismos".

#### **IV. ¿Qué podemos hacer en un futuro para evitar nuevas catástrofes?**

Desde la Sociedad Andaluza de Geriátrica y Gerontología (SAGG), preocupados por esta situación, y buscando siempre el objetivo prioritario de nuestra sociedad, que es buscar la mejor calidad de vida de nuestros mayores en Andalucía, emitimos un documento de posicionamiento, exponiendo nuestras reflexiones, con la intención de aportar ayuda a nuestros Gobernantes, que tienen la difícil responsabilidad de tomar decisiones al respecto:

- Seguir luchando por evitar que el coronavirus entre en las residencias. Aunque ya está afectando a numerosas, aún hay centros limpios. Para ello, consideramos que las medidas tomadas, de suspender totalmente las visitas de familiares, proveedores, y dejar solo entrada a los profesionales son muy correctas. Con ello, son estos profesionales de residencia los únicos vectores posibles que pueden introducir el contagio a los mayores. Hay que aumentar el esfuerzo en todas las medidas de higiene, desde su entrada al centro, limpiando zapatos en cubeta con hipoclorito sódico, cambio de ropa, uso de guantes, que se cambien cada vez que se atiende a un mayor, uso de mascarillas y lavado de manos con mucha mayor frecuencia. Ante la más mínima sospecha de síntomas en algún profesional, o en caso de que haya tenido un contacto estrecho con algún familiar o amigo fuera del centro, debe realizarse a los



profesionales test diagnósticos para detectar casos leves o asintomáticos que se dan en población joven, y son los que al contactar con los mayores pueden contagiarles.

- Todos los esfuerzos e inversión presupuestaria que se pueden hacer para evitar más muertes de mayores institucionalizados deben ir encaminados al diagnóstico precoz de los casos de Covid-19. Estamos observando todos los profesionales que trabajamos con mayores, que los síntomas de fiebre, tos y disnea, no siempre aparecen en los mayores, pudiendo aparecer con síntomas tan inespecíficos como febrícula, malestar general, decaimiento, pérdida de fuerzas, deterioro funcional, empeoramiento de un deterioro cognitivo previo, o como un síndrome confusional agudo. Esto dificulta mucho la actuación de los profesionales sanitarios de las residencias, ya que todos sabemos que es la forma de presentación de múltiples patologías, obligando a un diagnóstico diferencial amplio. Pero en los momentos que vivimos, consideramos que lo prioritario, aunque no existan contactos previos en el centro, es descartar el coronavirus, y para ello es imprescindible hacer el test a todos los que presenten algún síntoma.

- El manejo clínico de los mayores debe ser individualizado, y dada la heterogeneidad de los mayores, con diferentes comorbilidades, grados de deterioro funcional o cognitivo, consideramos que a los que presenten menor patología, menor deterioro o ausencia del mismo, y buena calidad de vida, en caso de confirmarse el diagnóstico de Covid-19, deben aplicarse todas las medidas para su tratamiento al igual que en un adulto mayor, evitando discriminación etaria. Insistimos en la importancia de la visión integral de la persona mayor en la toma de decisiones.

- Respecto a la sectorización propuesta y que se está llevando a cabo en las residencias afectas de Coronavirus, entendemos que, si hay más de un caso confirmado, puedan agruparse e incluso compartir dos mayores enfermos de Covid-19 la misma habitación. Pero nos preocupa especialmente realizar una

sectorización de “casos sospechosos” que pueden presentar clínica compatible con la infección por Covid-19, pero que no se le ha realizado el test diagnóstico. Al agrupar a estos, puede ocurrir que se mezclen personas que sí desarrollan la infección con otras que presentaban cualquier otra patología: infección urinaria, otra infección respiratoria diferente, estreñimiento, o cualquier otra circunstancia que modifique su situación basal, y al convivir con otros mayores afectos, es muy probable que se infecten. Podremos evitar así más infecciones dentro de un centro. Hoy conocemos bien el significado clínico de los diferentes test diagnósticos, y debemos utilizarlos correctamente, tanto para el diagnóstico, como para su seguimiento y asegurar que ha superado la fase activa de la infección y poder levantar el aislamiento.

- Queremos pedir que se sigan tomando todas las medidas, aumentándose en caso de no llegar a disponerse, de EPI (equipos de protección individual) para los profesionales de residencias que atienden a mayores infectados por Covid- 19. Debemos protegerles y evitar que aumente el número de profesionales del sector infectados. Aunque está recogido que las residencias recibirán el apoyo del Centro de Salud, con Médico y Enfermería, aportándose el material necesario para la atención del centro, “medicalizando” el mismo. Queremos desde nuestra Sociedad pedir que se cumpla por igual en todos los centros de nuestra comunidad.

- Es fundamental que en estos momentos tan difíciles que están viviendo los mayores, se dedique especial atención a la Fisioterapia y a la Terapia Ocupacional en los centros, para evitar el deterioro funcional, así como la psicoterapia para el manejo de la ansiedad.

- Y no podemos olvidar que muchos mayores viven en la comunidad, y precisan ayuda en sus actividades diarias, siendo atendidos por equipos de ayuda a domicilio. No podemos centrarnos en las residencias y olvidarnos de ellos. Hay que conseguir que los auxiliares que realizan este servicio dispongan



de EPIs para cada caso. Así como disponer de test diagnósticos también para este grupo de profesionales y para los mayores que son atendidos por este Servicio.

Consideramos fundamental desde la Geriatría que para atender a las personas mayores debemos tener una visión integral de las mismas, más allá de la gravedad de la enfermedad en sí. Por ello, proponemos que, en todos los mayores de residencias, quede claramente registrado en su historial clínico, el grado de dependencia, en función de sus enfermedades y capacidades funcional y cognitiva. Ello marcará el plan de actuación, y ayudará en la difícil toma de decisiones. En caso de tratarse de un mayor gran dependiente, no es candidato a tomar medidas agresivas ni fútiles en su tratamiento, ni ante la infección por el Covid-19. Debe recogerse la orden de no reanimación cardiopulmonar. No debe trasladarse a un hospital, y se debe priorizar los tratamientos paliativos para el control de síntomas, y garantizar si la evolución desfavorable así lo marcara, una muerte digna en su entorno. Esto ayudará a actuar todos, tanto los profesionales de residencia como los profesionales de salud, que pudieran atender de forma excepcional a la misma, de igual manera. Deben tenerse en cuenta las voluntades anticipadas si han sido testadas por el paciente, para respetar si ha pedido no tomar medidas agresivas de tratamiento.

Nuestros mayores se merecen una atención cualificada, y son los momentos de crisis los que más exigen que estemos todos unidos, y hagamos todos los esfuerzos necesarios para garantizar una adecuada asistencia coordinada Social y Sanitaria.

Desde la Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología, queremos impulsar la inclusión de la Geriatría en la Sanidad Pública Andaluza. Ahora el coronavirus ha demostrado la importancia mayor aun de la Geriatría, de la valoración geriátrica integral, del abordaje multidisciplinar y coordinado tanto



con Atención Primaria como con otras especialidades. Lo vemos como una oportunidad de seguir trabajando para demostrar la necesidad de una asistencia geriátrica especializada.

## **V. Reflexiones finales.**

La pandemia por el Covid-19 ha puesto en evidencia determinadas actuaciones en su gestión por parte de las autoridades que han tenido las competencias asumidas, y por supuesto en las relacionadas con la gestión de la atención en las Residencias de personas mayores.

Ha quedado el resultado dramático que invita a una profunda reflexión, es que en España ha habido más de 20.000 ancianos que han muerto en residencias con Covid-19 o síntomas compatibles con la enfermedad, a falta de test diagnósticos generalizados. La buena evolución de muchos de los pocos pacientes mayores de 80 años que ingresaron en hospitales demuestra que tal decisión no tenía ninguna justificación médica. Hoy el sentir general entre los médicos es que no está justificado en absoluto hacer tal discriminación por criterios de edad solamente. La entrega que los sanitarios han mostrado en la atención a los mayores ha demostrado una vez más que el sentido de la responsabilidad de los médicos es muy superior al de los políticos. Todo lo referente a los mayores en esta crisis ha resultado realmente conmovedor e inhumano. Nos va a costar olvidar esta particular tragedia.

También, lo que con toda claridad ha puesto en evidencia esta crisis es que las condiciones previas a la epidemia de las Residencias de mayores estaban muy lejos de ser las óptimas. Creo que se puede afirmar en términos generales, con las excepciones que haga falta hacer, que el cuidado a los mayores en España es y ha sido hasta ahora, bastante deficiente en lo que seguramente tiene mucha influencia la escasez de personal dedicado a ello. En



las Residencias de Mayores las plantillas son claramente insuficientes. Y esto además de haber trabajado sin protección durante toda la crisis.

De lo ocurrido en las Residencias de mayores y de personas con discapacidad, debemos aprender la lección de que han tenido una escasa o nula atención sanitaria adecuada y que probablemente habrá que tener una vinculación con el sistema sanitario y una gestión unificada sociosanitaria que garantice una actuación a través de planes preventivos y asistenciales capaces de ofrecer la protección de la salud con especial orientación a situaciones de cronicidad y casos como el ocurrido de epidemias.

A medida que la pandemia COVID-19 se intensificaba, los recursos médicos pueden llegar a ser insuficientes. Es posible que se tengan que tomar decisiones difíciles acerca de quién recibe tratamiento médico. Una política de *triaje* que utiliza un límite de edad superior, por ejemplo, para decidir quién recibe tratamiento médico denegándosele a cualquier persona mayor de 80 años y, por lo tanto, negándole su derecho en condiciones de igualdad a acceder a los servicios de salud junto con cualquier otra persona menor de 80 años es discriminación directa por edad. Los protocolos de *triaje* para COVID-19 deben desarrollarse y basarse en la necesidad médica, la evidencia científica y los principios éticos, como la equidad y la proporcionalidad. Basar las decisiones en cualquier característica no médica, como la edad o el valor social asumido, no son ético y es discriminatorio.



## **BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS.**

- Ribera Casado J.M. "Covid-19 y el tema de las residencias: algunas reflexiones" WEBINAR Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 9-junio-2020.
- Heras G. "En primera línea" Un testimonio desde la UCI de la crisis del coronavirus. Ed. Península. Barcelona 2020.
- García Monlleó F.J. Entrevista Andalucía Información, 30-mayo-2020. <https://andaluciainformacion.es/andalucia/901317/maxima-precaucion-ante-el-reencuentro-con-los-mayores/>
- Coronavirus en los mayores de Andalucía. SAGG, 21-3-2020
- Declaración COVID-19. SEGG. Las residencias y centros. 24-3-2020
- Informe Covid-2019 del Círculo Empresarial de Atención a Personas (CEAP) 5-junio-2020.
- Manual de Ética y Deontología Médica. Organización Médica Colegial de España. 2012.
- Código de Deontología Médica y Guía de Ética Médica. OMC. 2011.



## Capítulo VI.

### ASIGNACIÓN DE RECURSOS NO DISPONIBLES:

#### LA TENTACIÓN ESTA EN LOS PROTOCOLOS

*Dr. Enrique Villanueva Cañadas*

### INTRODUCCIÓN

Uno de los conflictos más serios y trascendentes que se han planteado durante el COVID 19 ha sido el de asignación de recursos. Lo ha sido para los médicos que se han visto sometidos a la presión política y deontológica, para la Administración que tenía que ofrecer un servicio público seguro y de calidad y para el usuario que ha visto que derechos consolidados, por leyes y contratos, como era la asistencia sanitaria de calidad, se han visto defraudados en muchos momentos. La gravedad de las consecuencias ha sido pareja al conflicto generado. El médico ha visto como de pronto se enfrentaba a situaciones que había leído, que le habían explicado someramente en la facultad, casi como un ejercicio didáctico, pero que eran reales y que como tantas veces ha ocurrido, era él el que estaba en la trinchera y tendría que resolver, mientras que en sus oídos sonaba la cantinela, ¡tenemos la mejor sanidad del mundo y en los balcones puntualmente los aplausos, en honor a los sanitarios que se estaban jugando la vida por ellos! A los directores de Hospital y Gerentes se les había dicho que un hospital nunca se debe ocupar al 100%, porque se puede producir una situación de crisis, una catástrofe, un accidente masivo, pero nunca eso sería parecido o lo que realmente ocurrió: un aluvión de pacientes en estado gravísimo que atender. La administración se enfrenta a la responsabilidad patrimonial contraída por el funcionamiento anormal de los servicios públicos y finalmente, el paciente se siente defraudado, cuando no engañado, porque uno de los servicios que se ha jaleado como ejemplo a imitar



en mundo, no era capaz de cumplir con los compromisos adquiridos con los ciudadanos, a la vez que se conculcaban muchos de los derechos fundamentales más esenciales. Al médico se le planteaban, ahora también, los cuatro juicios que siempre se ha de formular: el clínico, el deontológico, el médico legal y la económica. Ninguno se ha podido resolver echando mano de manual y/o de experiencia. El método que rige y regula la asistencia de calidad hoy, la medicina basada en la evidencia no ha tenido, ni tiene, durante la pandemia, criterios de referencia para aplicar una medicina mínimamente normalizada. Incluso se ha visto como revistas del máximo prestigio, como Lancet, tenían que rectificar publicaciones, hechas sin ningún rigor. Se ha tenido que improvisar constantemente, se han tenido que emplear fármacos, de los denominados huérfanos (casi), más de lo aconsejado y se ha encontrado con que a veces no ha podido brindar al paciente, lo más elemental en medicina, que es garantizarle un mínimo de seguridad. Todo ello, en un régimen de incertidumbre, que ha sido relatado por el protagonista como de terror, al ver que no tenía medios de protección, con lo que las posibilidades de infectarse e infectar eran muy altas. El juicio Médico-legal también ha sido complicado, por cuanto que decidir la ley aplicable, no ha sido fácil para personas que no son juristas, pues aún para estas, también lo sería. ¿Con qué criterios se valorará la *lex artis*? Pero lo que quizás importa más a los fines de este documento, es el juicio Deontológico. Durante la asistencia sanitaria en la pandemia, se han planteado cuestiones éticas, que cada uno ha resuelto según sus convicciones morales, que son plurales e individuales; pero las deontológicas, son iguales para todos los médicos y su única guía es el código de deontología, que no olvidemos es coactivo. ¿Qué habría encontrado un médico de la UVI o de urgencias, si consultaba el CDM, esperando tener la solución al conflicto de cómo se adscriben los recursos, cuando son limitados, mejor, racionados? Pues con este epígrafe no habría encontrado nada, tampoco como se jerarquizan los principios, ni cómo se define el principio de *Justicia Distributiva*, al que

documento redactado por: *RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE CRISIS POR PANDEMIA COVID-19 EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. (SEMICYUC).*

Leyendo con atención el CDM se habría encontrado con dos preceptos, que lejos de tranquilizarlo, quizás lo habría llenado de zozobra.

Artículo 5 1.- *La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico. 2.- El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna. 3.- La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. El médico no puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal. 4.- El médico jamás perjudicará intencionadamente al paciente. Le atenderá con prudencia y competencia, evitando cualquier demora injustificada en su asistencia.*

Dentro de este artículo, el apartado 3 le dice que.- La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia... En algunas comunidades autónomas, los médicos han recibido, sino órdenes, sí recomendaciones, que aconsejaban que los pacientes con determinada edad, no deberían ser derivados al hospital. Ello planteaba un conflicto de lealtades que el CDM resuelve de modo prístino: ¡el enfermo ante todo! El otro precepto es el apartado 2 del mismo artículo.- *El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna.* Aquí queda consagrada la no discriminación, entre otras la edad. Las dudas que podría plantear el alcance de la *misma diligencia*, lo resuelve el art 36 Artículo 36 1.- *El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea,*

*permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida. 2.- El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinados. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables.*

Entendemos que en este artículo está el límite y la solución a este conflicto. Nos marca cual ha de ser el criterio para emprender un tipo de tratamiento u otro, pero siempre ha de haber un cuidado, con la misma intensidad en la diligencia, en la calidad asistencial y en el compromiso. Por eso en ningún caso estaría justificado abandonar al paciente a su suerte, a cuidados de segunda categoría o confiados a la familia.

## **I. LEALTAD COMPARTIDA.**

Con motivo de la asistencia durante la pandemia, algunos médicos, en forma privada o colectiva, formando parte de centros de salud o de hospitales comarcales, han recibido la orden de no derivar pacientes hacia los hospitales y dentro de los hospitales, de no derivarlos a las UCIS, ello supone, de una parte, limitar las competencias y autonomía del médico en unos casos y en otros imponer una jerarquía, que no siempre estaría justificada, de otra interferir en la lealtad debido al paciente. No se trata de entrar a debatir la problemática de la lealtad compartida en el ejercicio de la medicina, sino de plantear las cuestiones que se derivan del cumplimiento del CDM. Esta norma, lealtad al paciente, en principio, no tendría otra limitación más que cuando de mantenerla a ultranza, la lealtad, nos llevaría a producir un daño a terceros o al bien común. De inmediato surge la necesidad de ponderar esos daños:



paciente versus terceros, ¿cuál es el bien común? (Con motivo del huracán Charly en 2004 en Florida, se produjo un amplio debate ético-jurídico en EEUU sobre este problema). Esta ponderación de daños a terceros o al bien común, frente al paciente, es la cuestión que hemos de resolver, aquí radica el problema deontológico, porque cuando se le prohíbe al médico a derivar a un paciente al hospital se hace en aras de preservar el bien común o el mejor derecho de un tercero y se esgrime que es la ciencia la responsable. Para la solución de este problema, que podría transformarse en dilema, tenemos dos instrumentos: el dictado de nuestra conciencia y lo establecido en el código. La ley común sirve, naturalmente, pero no siempre.

Los derechos enunciados en las leyes son realmente derechos legales, y por tanto de obligado cumplimiento en cuantos ciudadanos, que generaran obligaciones legales, pero no siempre esos derechos, aunque lleven el marchamo de democráticos y la legitimidad de ser aprobados por las Cortes generales, llevan el sello del *nihil obstat* de lo ética y deontológicamente aceptable. Todo derecho descansa sobre exigencias éticas básicas, es expresión de una tendencia ética. Regula las relaciones humanas, aunque únicamente las externas, dice lo que debe o no debe suceder, lo mismo da si la forma en que lo dice expresa o no el deber. El viejo aforismo: “*la ley es todo el derecho*” y “*la ley es toda derecho*” está hoy, más que nunca, en discusión. No todo lo que se presenta como *derecho* realmente lo es, ni tampoco la ley agota el ideal de justicia del ser racional. La ética y la moral son distintas al derecho, son más amplias en sus contenidos y no pueden agotarse en un catálogo de normas, aunque en su tabla de valores ha de dejar un lugar preferente para el derecho. Los que han estado en la trinchera, con el miedo en el cuerpo, me dirán y con razón: ¡qué fácil es predicar desde la cátedra y torear desde la andanada!

El médico como asalariado, como trabajador por cuenta ajena o como funcionario público puede verse en la tesitura de tener que tomar decisiones



en beneficio o perjuicio de una de las partes en litigio, estando obligado a servir a ambas. Al paciente en cuanto objeto de sus cuidados y del juramento realizado de cumplir este código, al patrono en función de un pacto o contrato suscrito con el compromiso de realizar determinadas funciones a cambio de un salario, al Estado en cuanto funcionario servidor del servicio público al que ha jurado defender, al Servicio Nacional de Salud en cuanto profesional estatutario obligado por una ley (Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. LOPS)

Me parece oportuna la siguiente cita tomada del Evangelio según San Mateo que dice: *"Nadie puede servir a dos señores; porque aborrecerá a uno y amará al otro; o bien se entregará a uno y despreciará al otro. No podéis servir a Dios y al Dinero.*

De esto se trata. A veces el médico se ve en la encrucijada de defender los intereses de sus pacientes en detrimento de los intereses del que le paga, poniendo en riesgo su puesto de trabajo, su carrera profesional o el bienestar y el confort que representa en un trabajo el ser una persona dócil, poco conflictiva y con un respeto infinito por la letra impresa del BOE, las circulares de las Comunidades (gerentes y directores médicos) y de lo políticamente correcto

Hemos jurado servir los intereses del paciente por encima de cualquier otro, pero no podemos obviar que en el apartado 1º del Art 5 del CDM dice que la profesión médica está al servicio, también, de la Sociedad. El bien común tiene que ser un objetivo del médico y a veces el cumplir con este objetivo va en detrimento de los intereses del propio enfermo. Ningún derecho es absoluto y cuando los derechos están en pugna habrá que buscar la fórmula que produciendo los menores daños encuentre los máximos beneficios: ¡principio de beneficencia en estado puro!

La solución suele estar en los cursos intermedios, no en las posiciones extremas, pero para encontrarlos hace falta información y reflexión. Al final quizás tengamos que echar mano de la última solución: la objeción de

conciencia, pero ello será cuando se hayan agotado todas las otras vías posibles.

El enunciado del tema: Adscripción de recursos limitados, nos sitúa, pues, ante estas disyuntivas que pretendo dar respuesta desde mi posición científica, Médico Legal y ética.

## II. ÓRDENES Y JERARQUÍA

El ejercicio de la medicina, tanto en el ámbito público, como en el privado, se realiza fundamentalmente en equipo, lo que exige que unos manden y otros obedezcan. La OMC asume y respeta las jerarquías como una exigencia necesaria para el buen funcionamiento de cualquier sistema sanitario. Sin jerarquía, el gobierno de cualquier colectivo sería un caos y todos los intentos que ha habido de sistemas de gobierno de colectividades en regímenes asamblearios o anárquicos han desembocado en los fracasos más rotundos.

El código deontológico hace una manifestación expresa del respeto a la jerarquía en el art. 40.

Artículo 40 del CD

*3. La jerarquía del equipo médico deberá ser respetada, pero nunca podrá constituir un instrumento de dominio o exaltación personal. Quien ostente la dirección de un equipo cuidará que exista un ambiente de exigencia ética y de tolerancia para la diversidad de opiniones profesionales.*

Ahora bien, el ejercicio de la jerarquía deberá ejecutarse con un plus de responsabilidad, ética y legal. La ejemplaridad es un deber ético de toda persona que ejerza poder o dominio sobre otra que, por razones administrativas, está obligado a obedecer. Las ordenes que emanan de un mando despótico, tiránico, injusto, vejatorio o simplemente caprichoso, no deben ser obedecidas.



*No hay ninguna razón ética para obedecer al derecho y si muchas para desobedecerlo, nos dice el filósofo del Derecho González Vicens.*

En el código de Deontología no hay ningún capítulo con el enunciado: Derechos del Médico, pero si hay alusiones a estos derechos. La Medicina se encuadra dentro de las profesiones liberales, que como dice Diego Gracia se limitan básicamente a tres: La medicina, la abogacía y el sacerdocio. Las tres grandes profesiones tienen en común la libertad en el modo y manera del ejercicio de esta actividad. La Medicina es una de las llamadas «profesiones de cuidado». Todas ellas tienen un conjunto de características comunes: se proponen ayudar a los demás a través de medios técnicos, que varían de unas profesiones a otras, y de elevadas cualidades personales. Todos los roles de cuidado se basan en la relación interpersonal y, por tanto, exigen de quien los ejerce no sólo conocimientos y habilidades, sino también, y quizá principalmente, actitudes humanas y humanizadoras. Para cumplir estas misiones el médico ha de gozar de libertad de método y prescripción, libertad, que con el devenir de los tiempos se ha consagrado como un derecho legal y deontológico de estos profesionales, pero que los nuevos paradigmas que anteponen la seguridad del paciente a la libertad de método están restringiendo de modo considerable.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo es muy tajante en este punto y ha dicho reiteradamente que la Administración no puede por vía reglamentaria ordenar o limitar el ejercicio de la Medicina en los centros sanitarios públicos y cuantos intentos ha hecho en esa dirección han sido declarados nulos.

Hoy ya tenemos una ley en la que se reconoce este derecho del médico a gozar de la libertad de método y prescripción consagrando a la Medicina como una actividad que se ejerce autónomamente, es la ley de Ordenación de las profesiones Sanitarias (44/2003,LOPS) Esta ley en su Art.4-5 establece que la guía de las actuaciones de estas profesiones debe ser el servicio a la



Sociedad, el interés y salud de los ciudadanos, el cumplimiento riguroso de las normas deontológicas y ajustadas a la normo-praxis. Es en el apartado 7 del Art. 4 en el que queda definida esta libertad de método: " el ejercicio se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica sin más limitaciones que las establecidas en esta ley, y demás leyes del ordenamiento jurídico y deontológico." En el apartado 7-b se añade: se tenderá a la unificación de criterios científicos, los protocolos serán orientativos.

*A mayor abundamiento la sentencia del juzgado de vigilancia penitenciaria nº 2 de Madrid de 9 julio de 2001: las razones de ética y médicas deben estar por encima de consideraciones económicas o presupuestarias cuando se está afectando el derecho a la salud de una persona.*

En la misma línea se ha pronunciado el código deontológico, aunque con algo más de tibieza, en su art. 23 donde se reconoce el derecho a esta libertad de prescripción

#### *Artículo 23 CD*

*1.- El médico debe disponer de libertad de prescripción, respetando la evidencia científica y las indicaciones autorizadas, que le permita actuar con independencia y garantía de calidad.*

En resumen, en nuestra actividad como médicos gozamos de libertad para ejercer nuestra misión, que estaría modulada exclusivamente por la evidencia científica. En cuanto que libertad, el médico no puede ser objeto de restricciones de clase alguna; ni reglamentarias, cuando ejerce en el ámbito público, ni contractual cuando lo hace en el ejercicio privado. No obstante, la jurisprudencia, pero también las normas deontológicas y la propia ley, antes mencionada, sí que las establecen por la vía de la responsabilidad legal y moral. La libertad de método y de prescripción vendrá modulada por la *lex artis*; todo

acto médico se ha de ajustar a la normo-praxis, es decir, al conjunto de normas científicas, deontológicas y legales que regula el ejercicio médico, y por cuyo incumplimiento el médico responde penal, civil y deontológicamente. La libertad en términos absolutos no existe y como derecho del médico tampoco. ¿Puede un médico desobedecer una orden? ¿Se le puede imponer al médico una orden que vulnera la autonomía del médico? ¿Hasta dónde llega la objeción de conciencia cuando se enfrenta a la ciencia oficial?

En opinión de Romeo Casabona y Silva Sánchez dos juristas de reconocido prestigio en este campo, la libertad existe, pero plantea cada vez más restricciones, no administrativas, que serían inoperantes, sino éticas y legales. En efecto, si existiese un método objetivamente más adecuado para un caso concreto, no parece que sea cuidadoso, ni prudente, optar, en el ejercicio del principio de libertad, por otro menos adecuado. Por eso Silva Sánchez sostiene que, en lugar de hablar de libertad de diagnóstico, tratamiento y prescripción, debe hablarse de una obligación de diagnóstico, tratamiento y prescripción.

Por tanto el médico sí vendrá obligado a cumplir las órdenes que emanen de sus superiores, siempre que no ataquen o constriñan su derecho a ejercer con autonomía. En un Servicio se puede imponer un protocolo, se puede adoptar una determinada política de un uso de determinados fármacos, materiales o recursos, pero todo ello se suele acordar en base al nuevo paradigma de la llamada *medicina basada en la evidencia* y con criterios científicos, éticos y económicos y no caprichosos o interesados. Si un paciente se ingresa en una UVI, se deriva a otro hospital o se le da el alta, se debe sustentar en criterios científicos que, el subordinado, debe obedecer. Las discrepancias que un médico tenga frente a la orden recibida, basadas en su propia experiencia, se anotarán en la historia clínica como opiniones subjetivas. El discrepante podrá alegar una *Objeción de Ciencia* en todo momento, pero vendrá obligado a comunicarlo a su superior

### III. CAUSAS JUSTAS DE DESOBEDIENCIA

Son causas justas de desobediencia las siguientes órdenes:

1. Las que de aplicarse serían constitutivas de delito por lesionar bienes jurídicamente protegidos de los pacientes y de la sociedad, consagrados en las leyes y en la deontología, tales como: los actos que supongan tratos vejatorios o inhumanos, de privilegio, cohecho, prevaricación o estafa a la hacienda pública o a los particulares. Coacciones a los pacientes o al personal sanitario a sus órdenes y discriminación por razones enfermedad, ideología, raza, sexo o edad.

2. Las órdenes encaminadas a conseguir la mejora fraudulenta de los deportistas ( Art. 61 CD)

3. Aquellas que pretendan conseguir del médico una pericia o una declaración testifical falsa.

4. Aquellas conductas que pretendan alterar el orden en las listas de espera o para la recepción de un recurso limitado ( trasplantes, respiradores, diálisis)

5. Las ordenes que conculquen el código deontológico. El médico debe revelarse contra aquellas órdenes que pretendan degradar la función del médico y sean contrarias a la deontología.

6. Las ordenes que degraden el acto médico, por llevarse a cabo en tiempo y lugar inadecuados, no garantizando el derecho a la intimidad, el decoro, la seguridad de los pacientes y del propio médico, así como aquellas que supongan menosprecio o ridiculicen la labor de otro compañero (Art. 47 CD)

7. No serían lícitas y por tanto no debe obedecerse, aquellas órdenes que alegando ser necesarias para la ordenación del trabajo, sean caprichosas, interesadas, afectando esencialmente la libertad de método y prescripción

8. Las ordenes que pretendan alterar las historias clínicas, falseándolas o amputándolas. El médico goza de absoluta libertad para cumplimentar la historia clínica y para hacer las anotaciones subjetivas que crea oportuna.

9. Son éticamente rechazables las órdenes que pretendan crear barreras en la relación médico –paciente, como son las que impiden o limitan la comunicación del médico con su paciente en la lengua que mejor lo permita. Así como, cualquier medida que ponga en riesgo la confidencialidad y el secreto médico.

10. El médico tiene libertad absoluta para denunciar ante las autoridades competentes aquellos hechos que la ley le exige: parte de lesiones, certificados, así como aquellas situaciones en las que por su condición de médico responsable del paciente es el garante de los derechos de los pacientes. En estas actuaciones, en que debe obrar por imperativo legal, el médico no debe aceptar coacción alguna y debe imponer lo que su ciencia y conciencia le dicte en ese momento.

11. El médico debe rechazar realizar tareas para las que no está capacitado, ni aceptar puestos de trabajo para los que no tiene la titulación correspondiente, ni tareas que supongan una degradación de la profesión médica

12. El modificar farmacológicamente el estado de conciencia de una persona sin que exista una indicación clínica: ejemplo como medio de contención o de interrogatorio

13. Prolongar artificialmente la vida con medios o procedimientos que supongan un trato degradante o acortarla con medios o procedimientos buscados con este propósito

14. Aceptar sobornos de la industria farmacéutica. Participar en ensayos clínicos fraudulentos o transigir con protocolos impuestos con fines espurios.

#### **IV. CAUSAS DE OBJECCIÓN DE CIENCIA.**

El médico está obligado a obtener el máximo rendimiento a los recursos a él confiados. El médico no debe seguir dictados que le obliguen a emplear métodos ineficaces, peligrosos, o a participar en ensayos y experimentos con seres humanos, que no se atengan a las normas éticas del código deontológico y de la OMM. Por el contrario, está obligado deontológicamente a denunciar ante el colegio todas las prácticas abusivas, de coacción, de mobbing, de tratamientos de complacencia, de prácticas experimentales con enfermos o de técnicas no verificadas por la ciencia, del uso de fármacos no validados, de intrusismo, de dicotomías y de amiguismo o parcialidad en el reparto de tareas.

El médico podrá ejercer su derecho a la objeción de ciencia en los términos previstos en el CD en su art 33 apartado 2. *-La objeción de ciencia tiene una protección deontológica al amparo del derecho a la libertad de método y prescripción, siendo diferente de la objeción de conciencia.*

El tratamiento de los pacientes de COVID 19 ha situado a los médicos en una posición en la que la lealtad compartida se ha puesto a prueba. Nunca la frase de González Vincens ha cobrado mayor significado, *no hay razones para obedecer al derecho y si para desobedecerlo.*

#### **V. JUSTICIA RETRIBUTIVA**

Una cuestión esencial en el tema que nos ocupa es el concepto de justicia. Entre otros muchos asuntos, esta pandemia ha sacado a la palestra a muchos aficionados que, con lecturas apresuradas, han pontificado, sobre todo. Pero también ha habido mucho *pseudo* que, escudándose tras la *ciencia*, ha justificado su conducta, ha impuesto criterios, ha sembrado dudas e incertidumbres. Yo no pretendo adjudicarme ninguna carta de legitimidad para opinar, más que aquella de ser un ciudadano libre, con 80 años sobre la tierra y

de ellos 56 como médico, que ha asistido a muchas modas, pero sobretodo que ha reflexionado sobre estas cuestiones, sin pretender ser poseedor de la verdad, que en esta materia no existe. Con muchísima frecuencia recurrimos al término justicia y mucho más al de injusticia, su contraria. ¿Pero sabemos en realidad que es la justicia? Desde los tiempos más remotos, los filósofos primero y los Juristas después se han preguntado ¿qué es la Justicia? Si acudimos al diccionario de la Real Academia nos da estas tres primeras definiciones: *1. Principio moral que lleva a dar a cada uno lo que le corresponde o pertenece; 2. Derecho, razón, equidad; 3. Conjunto de todas las virtudes, por el que es bueno quien las tiene.*

Para Sócrates, la justicia es la observación de la ley, consiste en «obrar conforme a la ley, pero no porque la ley sea por sí misma necesariamente buena, sino más bien porque, aunque es molesta no se debe violar». Es bien conocida la postura de Sócrates, sobre su condena a muerte. *Es preciso, por consiguiente, no hacer jamás injusticia, ni volver el mal por el mal, cualquiera que haya sido el que hayamos recibido». El filósofo insiste que es un mal mayor cometer una injusticia que sufrirla, así como el no ser castigado por sus crímenes lo es también más que el ser castigado por ellos*

Aquí se compendia el concepto jurídico del término, que, aunque se reclama como virtud, queda ligado a la ley de los hombres y a la forma de mantener un orden social. Platón subtitula su libro *la República, A cerca de la Justicia*, para él la justicia no es derecho, es ética. La justicia platónica es perfección ética y trasciende todo significado jurídico, por lo cual su realización no es propia de la ley, sino de la educación que forma los filósofos, concedores de los verdaderos valores. Nacida de la filosofía y más en concreto de la Ética, tiene su mayor proyección en el derecho. Así lo compendia también Cicerón en su tratado sobre *la República*. Muchos filósofos, en la antigüedad, principalmente Aristóteles, Platón, Santo Tomas, San Agustín, autor de la famosa frase - *Pueden los estados ser tan grandes y poderosos como se quiera: no serán*

más que *bandas de salteadores si no realizan la justicia*-han escrito a cerca de la justicia, de la que hacían brillantísimo retrato. Es una virtud, decían, que da a cada uno lo que le pertenece, y mantiene en todo, estricta equidad, las otras virtudes, son en cierta manera mudas y permanecen encerradas en el alma, solamente la justicia no se oculta a las miradas, ni se reconcentra en sí misma, sino que aparece completa al exterior, inspira a las almas universal benevolencia y procura multiplicar sus beneficios...Esta virtud, a diferencia de las otras, se consagra completamente a los intereses ajenos, que la absorben. Para los clásicos la justicia era alteridad. La nueva Ética, la llamada *principialista*, (Tom L Beauchamp y JF. Childres. *Principios de Ética Biomédica*, 1979) ha acogido el viejo concepto de Justicia de Aristóteles, en su *Ética a Nicómaco*, para incorporarlo a la Bioética Moderna. Aristóteles se distancia de Sócrates y Platón en cuanto introduce un matiz fundamental: *la justicia es virtud en cuanto es igualdad, sea con referencia a las personas, a los sujetos, o con referencia a las cosas, a los objetos*. Es esta la base de la teoría de la Justicia de Rawls. Podríamos decir, con M.Sandel, que las teorías antiguas de la Justicia parten de la virtud y las modernas de la libertad. Pero incorporar el principio de Justicia, como uno más de los que rigen la ética, tiene el mismo riesgo, que la Ética misma, cual es plural, se puede interpretar desde orientaciones filosóficas distintas y ya sabemos la consecuencia. Victoria Camps hace en su libro *la "Imaginación Ética"*, una crítica de los Kantianos, Hare, Habermas, Apel, Rawls. Dice Camps: "*los principios últimos y categóricos, válidos a priori, independientes del lugar, tiempo y circunstancia (el imperativo categórico, el principio de utilidad, el principio de justicia) son vacíos y no están al servicio de las necesidades humanas*".

Añade, que lo propiamente ético es la búsqueda, el interrogante, la incomodidad provocada por la urgencia de tener que preferir. Respecto al propósito de J. Rawls, al que luego aludiré, de construir una teoría de la justicia, (*A theory of Justice*, 1971) válida para todo tiempo y lugar, lo fulmina diciendo

que: "*es falaz, es superfluo y entorpece el desarrollo de la autonomía*". La orientación utilitarista de la Justicia nos llevaría por un camino y la deontologista Kantiana y Rawlsiana por otro. De otra parte, la promulgación de los principios, sin jerarquizarlos, es privarlos de autoridad y los hace fácilmente manipulables. Yo me he declarado siempre, en mis análisis éticos, deontologista y Rawlsiano, precisamente porque hace una jerarquización en los principios lo que supone una aplicación automática de las decisiones. Una *justicia utilitarista* y un *principio de beneficencia* inspirados en el utilitarismo, dice los mismo, luego sobra uno de ellos, cosa que no ocurre cuando lo que se aplica es una orientación deontologista y aquí radica, en mi criterio, el error. Siguiendo a J. Rawls, un hombre justo sería aquél que ante un conflicto fuese capaz de ser: *omnisciente*, poseer todos los datos, *omnipercipiente*, capaz de percibir los aspectos personales implicados, *desinteresado*, que no actuase por móviles egoístas o interesados, y *desapasionado* que, aunque empatice con la situación de las personas afectadas, sin embargo, esta implicación no le debe condicionar. A este es al hombre que a mí me habría gustado tener como médico, si hubiese tenido la desgracia de que el COVID 19, me hubiese llevado a una sala de urgencias de cualquier hospital.

Estimo, que la virtud de una ética orientada por principios es que estos se puedan jerarquizar y que sólo tras un examen de todos y cada uno de ellos se llegue a una conclusión. Esta jerarquización es:

1. Principio de no maleficencia.
2. Principio de autonomía.
3. Principio de justicia.
4. Principio de beneficencia.

Ello supone que la decisión se alcanzará siguiendo este algoritmo. Si se ha de analizar el principio de justicia, una vez que se ha visto que no se puede

aplicar el de autonomía, el concepto que se tenga de ella ya no es tan trascendente, porque de una u otra forma habrá entrado en el juego de la decisión. En este sentido cabe aplicar el concepto que se tenga de justicia-jurídico o ético-, pero siempre deberá ser un paso previo al análisis del problema, desde la perspectiva de la beneficencia. Si no se cumple el criterio de justicia, la decisión será ilícita. Yo me declaro Rawlsiano, cuando propone que la Justicia es la justa igualdad de oportunidades, poner a todos los individuos en el mismo punto de partida, dejando para una segunda fase, su segunda ley, la de las diferencias, que se asemeja bastante a un principio de beneficencia. Hacer aquello que beneficie al mayor número de personas o que obtenga el mayor beneficio del recurso.

## **VI. EL DILEMA EN LA JERARQUIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ETICOS EN LOS CASOS DE ADJUDICACIÓN DE BIENES NO DISPONIBLES.**

En una actividad tan compleja como la asistencia sanitaria, en la que el progreso avanza a pasos agigantados, la instrumentación tiene una presencia cada vez más importante y muchos de los milagros que la medicina hace se deben, precisamente, a disponer de una determinada instrumentación, una técnica o un recurso, que necesariamente han de ser limitados

Los que enseñamos estas materias pensábamos que eran cuestiones de orden académico que raras veces se iban a plantear. En el caso de los trasplantes, ejemplo genuino de esta situación, la organización Nacional de trasplantes, modélica por otra parte, había conseguido un sistema de adjudicación de los recursos, que no ha tenido contestación. Todos aceptamos, que un hígado, un riñón, un pulmón son bienes escasos y no disponibles y aquí la idoneidad entre donante y receptor hace una primera selección, con la que quedan fuera muchos candidatos y luego se aplica un principio de beneficencia muy bien fundamentado científicamente. Nadie puede contratar

la obligación de que, llegado el caso, se le ponga un riñón, sería un contrato nulo. Pero lo que se ha planteado durante la pandemia han sido recursos más sencillos: una mascarilla de oxígeno, casos del político italiano, una cama hospitalaria, el soporte vital de un respirador o una cama en una UCI. Volvemos al principio. ¿Debe una administración prever los medios frente a una catástrofe natural o una emergencia? ¿Puede reclamar un usuario, por el hecho de haber pagado durante toda su vida el seguro obligatorio de enfermedad, cualquier recurso? Este va a ser el juicio al que se ha de someter el gobierno y la Administración Autonómica, por otra parte, muy restringida en su autonomía, durante la pandemia. Para muchos, en dos meses de preaviso se pudo hacer más de lo que se hizo en una situación de poder absoluto, para otros la pandemia se presentó sin avisar. ¿Qué se hizo con el poder que asumió el gobierno de poner todos los recursos a su disposición para hacer frente al virus? Andalucía fue una de las víctimas al requisar para otra comunidad las mascarillas que la Junta había comprado en Alcalá la Real.

Después de meditar mucho y durante muchos años, sobre el problema de jerarquización de los principios éticos y la adjudicación de recursos, he de confesar que me resulta una *aporía*, máxime cuando se pretende que sea una norma con carácter universal, regulada por protocolo. Hay una cosa clara, la solución de este problema no se puede abordar como se ha pretendido en Barcelona, donde se elaboró un documento ad hoc, ni tampoco con protocolos al estilo de los que rigen en la asistencia clínica. Con frecuencia me he manifestado, que la aplicación del *principio de beneficencia*, aún hoy, corresponde al médico que en ese momento asiste al paciente y ocupa la posición de garante, pero ello podría tener el grave riesgo de introducir una subjetividad grande en la solución, que llevaría a la vulneración del principio de *justicia*, jerárquicamente por delante del de beneficencia. Un caso paradigmático sería lo que se hizo con el caso del político Italiano: quitarle un recurso a un paciente para dárselo a otro, es inaceptable desde todos los

puntos de vista, porque si se le aplicó al primer paciente era porque clínicamente estaba indicado y no estábamos ante remedios excepcionales. Lo que ha cambiado sustancialmente en este nuevo paradigma de aplicar el principio de beneficencia en la era del autonomismo, es que ahora no se hace en virtud de que el médico sabe lo que es lo mejor para un paciente capaz de ordenar sus intereses, aun los que respecta a su vida y salud, sino se hace para un paciente *incapaz*, permanente o transitorio, que no puede dar un consentimiento válido y entonces sí que es el médico el que puede decidir lo mejor para el paciente, porque su decisión estará libre de otras connotaciones, que no todos pueden garantizar, pero será preso de sus convicciones. Por eso es una Aporía, pues porque el principio inspirará su decisión clínica, también será ético y la ética no es unívoca, ni existe una ética mejor que otra. Ha sido doloroso ver como se han manipulado, durante la pandemia, conceptos tan sagrados, como el principio de *autonomía*, de *justicia* y de *beneficencia*. Yo puedo decir lo que yo haría, pero no lo que se debe hacer con carácter general, porque invadiría el derecho de todos a tener sus propias convicciones y ajustar sus decisiones a ellas. Por eso me he extendido en la consideración doctrinal de estas cuestiones. ¿Una decisión colegiada? Sería una solución

En cualquier caso, si creo que se debe seguir el árbol de decisión más comúnmente aceptado para resolver cualquier caso en el que se planteen cuestiones éticas.

- IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS:

1. CLINICOS.
2. LEGALES: Ley común.
3. ETICOS: Códigos de Deontología. Orientación ética.
4. CURSOS INTERMENDIOS.
5. DILEMAS.

## 6. SOLUCIONES.

### 1. CLINICOS.

Es esencial enfocar el problema desde el punto de vista clínico. Porque aquello que es científicamente correcto lo suele ser también éticamente. Un examen clínico exhaustivo, empleando la metodología clínica, nos resolverá el 80 % de los casos. Es difícil que un problema clínico no tenga alternativas viables. En este punto los protocolos que se han propuesto como *triaje* me parecen correctos, pero siempre que sean orientativos y los apliquen personas expertas, que nunca tendrán menos preparación que el especialista que lo haría, en un hospital, para declarar si debe o no ingresar en una UVI. Soy consciente de la dificultad de esta propuesta, pero cuando está en juego un derecho tan fundamental como es la vida de una persona, no se puede confiar a personas de distinta cualificación profesional. Aquí radica el cumplimiento del principio de justicia

### 2. LEGALES: Ley común.

La solución que nos propone la clínica hay que someterla al juicio médico legal. ¿Lo que se nos propone es legal? Cuando se actúa es necesario saber si la propuesta se adecua a la ley y que preceptos vulnera. La ley no agota el ideal de justicia, hay por encima de la norma otra ley moral a la que podemos ajustar nuestra conducta, pero hay que tener conciencia de que estamos vulnerando una ley, que nos obliga y podemos ser castigados por ello. La objeción de conciencia, que es la solución, es a la ética lo que la cirugía a la medicina: el último recurso al que acudir cuando no existe una solución menos traumática.

### 3. ETICOS: Códigos de Deontología. Orientación ética.

Del mismo modo, la decisión ha de someterse al juicio deontológico. El CDM nos obliga en tanto que médicos colegiados. Vale decir lo mismo que para

la ley común. Tras la pandemia cabe formularse esta pregunta ¿responde el código a todas las preguntas que nos hemos formulado en estos tiempos de zozobra?

#### **4. CURSOS INTERMEDIOS.**

Los problemas admiten cursos intermedios, hay una amplia gama de grises, antes de llegar al dilema

#### **5. DILEMAS y SOLUCIONES.**

Si llegamos a este punto, sin una resolución del problema, habrá que tomar una decisión siguiendo una orientación ética. Si se siguen criterios guiados por una ética *deontologista*, serán unas, si *utilitaristas*, otras.

El criterio utilitarista no está preestablecido. Parte del principio de que el hombre no es un fin en sí mismo y por tanto el fin justifica los medios. En cada caso se actuará de un modo, según el beneficio que produzca la acción. Algunas corrientes modernas oponen a la *ética principialista la casuística*

La orientación deontológica, que parte del principio Kantiano que dice que el hombre es un fin en sí mismo, sí que tiene una jerarquización de los principios a priori, que Rawls establece así.

Rawls acude a un criterio lexicográfico de aplicación automática:

1. El principio de máxima libertad equitativa: Autonomía. El individuo decide.
2. Justa igualdad de oportunidades. Justicia equitativa, a todos se les pone en la misma línea de salida. Nadie es rechazado a priori.
3. De las diferencias: las desigualdades sociales y económicas han de resolverse de tal modo que produzcan el máximo beneficio para todos. Beneficencia. El recurso se aplicará allí donde produzca el máximo beneficio.

Es obvio que, en la adjudicación de recursos, se analizarán y, por este orden, todos los principios a aplicar. El principio de autonomía no entrará en juego, pero sí el de justicia, que es el que con frecuencia ha sido vulnerado, durante la pandemia, invocando un nuevo concepto de justicia, que se asemeja al de beneficencia. Todo individuo tiene derecho a que su caso sea analizado en pie de igualdad con los otros. Nadie puede ser desahuciado sin ser oído y explorado. Han existido protocolos (*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. Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM 24 de març de 2020 Catalunya*) en las que una Directiva del gobierno establecía, que con carácter general, las personas mayores de 80 años no deberían ser remitidas al Hospital. En otros lugares, al parecer también han existido documentos semejantes. ¡Vulneración flagrante del principio de Justicia Rawlsiano! El principio de beneficencia, a mi juicio, se aplicará según los criterios que rigen limitar el esfuerzo terapéutico y nada más. No aceptaría otro protocolo que no sea este, que por otra parte, está bien asimilado por los médicos. Llegado a este punto se aplicará la sedación siempre sometida a los criterios desarrollados por la SECPAL y el CDM.

## CONCLUSIONES

- En el caso de que el médico se viese en la necesidad de una lealtad compartida, entre el interés individual y el colectivo, regirá siempre la lealtad hacia su paciente. Será lícita la desobediencia a órdenes injustas o arbitrarias, dictadas al amparo de posiciones ideológicas. En todo caso se respetará la objeción de conciencia de aquel médico que entienda que, de obedecer una determinada orden, se produciría un daño irreparable para su paciente o para sus convicciones éticas y deontológicas.

- La interpretación de los principios éticos: autonomía, justicia y beneficencia, se harán a luz del código de deontología. No siempre en el curso de la covid 19 ha sido así, sobre todo en lo que concierne al principio de justicia. Esta comisión entiende que, ante la disyuntiva de aplicar recursos limitados, el principio de justicia, entendido como justa igualdad de oportunidades, deberá respetarse, como paso previo a la aplicación del principio de beneficencia que será administrado por el médico que trata al paciente. Al ser casos de consideración individual y personal, no tendrán cabida los protocolos de orden general, que ahora más que nunca serán orientativos y cumpliendo los preceptos del CDM.
- Aún es pronto para saber cuáles han sido los países que mejor han resuelto todos los problemas que se han planteado en la crisis. Los ítems manejados en el estudio de la Universidad de Cambridge (informe anual sobre el desarrollo sostenible), parece que son válidos, entre todos los países Corea del Sur es la que mejor ha gestionado la crisis con 0,9 puntos y España está entre los peores con 0,4. Ello quiere decir que hay que acercarse a las políticas sanitarias de los países de mejores resultados. España debe replantearse el modo en que se ha gestionado la crisis desde un punto de vista estrictamente epidemiológico y sanitario. No se han usado todos los recursos, humanos y materiales de los que el estado disponía, ha faltado liderazgo y se han olvidado las viejas prácticas sanitarias que a lo largo de los siglos fueron capaces de erradicar epidemias y enfermedades.



## Capítulo VII

### LOS OTROS PACIENTES: VÍCTIMAS COLATERALES DEL COVID-19

*Dr. Ángel Hernández Gil. Dr. Antonio Sánchez Pajares.*

#### I. INTRODUCCIÓN

La irrupción rápida e imprevista de la pandemia por COVID-19 con el súbito incremento de casos diagnosticados puso a prueba a los sistemas sanitarios de todo el mundo. El intento de frenar la escalada de una curva epidemiológica que amenazaba con crear un colapso sanitario de drásticas consecuencias provocó que la Administración Sanitaria priorizara la batalla contra la desconocida enfermedad, intentando por todos los medios aplanar la curva con la mayor celeridad posible, centrando su atención en los enfermos infectados por el nuevo coronavirus.

De modo general, en España, las diferentes Comunidades Autónomas fueron publicando Ordenes e Instrucciones desde sus Consejerías de Sanidad en las que adoptaban medidas destinadas a centralizar la atención en los pacientes infectados con COVID-19 que de un modo indirecto implicaba cierta desatención al resto de pacientes.

A modo de ejemplo podemos citar las medidas adoptadas por parte de la Consejería de Salud y Familia de la Junta de Andalucía, contenida en la *Orden de 13 de marzo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19)*.

Con la publicación de dicha Orden, un día antes de la declaración del estado de alarma, entrando en vigor el lunes 16 de marzo, se procedió a la adopción de determinadas medidas destinadas a extremar la protección de la

salud, ante la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, pudiendo destacar las siguientes:

*Primero. Medidas preventivas*

*1. Medidas preventivas en materia de salud.*

**c) Se suspende la actividad de los centros ocupacionales para personas con problemas de salud mental y adicciones.**

*d) Puesta en marcha por el Servicio Andaluz de Salud de planes de contingencia para todas las provincias:*

*1.º Acelerar la **implantación de la telemedicina** para las distintas especialidades que puedan soportar esta práctica, de cara a disminuir la alta frecuentación.*

*2.º Instrucciones para **potenciar la actividad de cirugía ambulatoria** con la finalidad de **liberar posibles incrementos de demanda en las plantas de hospitalización.***

*3.º Se **potenciará las consultas en “acto único”** para disminuir el número de visitas de los pacientes al hospital.*

*4.º Se podrán **aplazar las actividades sanitarias programadas y no urgentes** en los centros sanitarios de atención hospitalaria (**consultas, exploraciones e intervenciones**).*

*5.º Potenciación de la **consulta telefónica en los centros de Atención Primaria** para **evitar desplazamientos de población susceptible de riesgo.***

*2. Medidas preventivas en materia sociosanitaria.*

**a) Suspensión de la actividad de los Centros de Participación Activa (CPAs), de Centros de día para personas mayores, Centros de día y Centros ocupacionales para personas con discapacidad, ya sean de titularidad pública o privada.**

**b) En los Centros Residenciales de personas mayores, de personas con discapacidad, de menores tutelados, de personas con dependencia y las Comunidades terapéuticas gestionadas por la Agencia de Servicios**

**Sociales y Dependencia de Andalucía**, se adoptan las siguientes medidas:

1.º **Se suspenden las visitas a residentes** salvo causas justificadas y, siempre que la visita resulte necesaria o imprescindible, será la Dirección del centro, bajo su responsabilidad y de forma fehaciente, quien la autorice, y siempre y cuando, la persona visitante esté asintomática. En el supuesto excepcional que se autorice la visita, la misma queda restringida a un único familiar, en cuyo caso el registro de visitas deberá reflejar el detalle de la trazabilidad de la misma en el que se deje constancia del nombre, DNI o documento equivalente, teléfono, hora de entrada y salida del familiar y persona usuaria al que se visita.

2.º **Se suspenden nuevos ingresos**, salvo causa de urgencia social decretada por la Consejería con competencia en servicios sociales.

3.º En el Servicio de Menores y en el Centro Periférico de Especialidades Bola Azul de Almería, se suspende la atención personal al público.

4.º **Se suspenden las visitas domiciliarias realizadas por el personal trabajador social** responsable de las valoraciones y los Programas Individuales de Atención, así como las **visitas domiciliarias y a centros penitenciarios** del personal de los equipos de los centros de valoración y orientación (CVO).

5.º Con carácter general, y respecto de cualquier tipo de centro de servicios sociales y sede administrativa dependiente o adscrita a la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, a sus entidades instrumentales u órganos territoriales queda suspendido el acceso del personal voluntario y del alumnado en prácticas.

#### 4. Medidas preventivas en materia de docencia y empleo.

a) Suspender las actividades docentes presenciales en el Sistema Universitario Andaluz.

b) Suspensión de la actividad docente presencial en todo el Sistema Educativo Andaluz.

c) *La suspensión de la actividad formativa de formación profesional para el empleo, por los mismos periodos de suspensión acordados para la actividad educativa presencial del sistema educativo, respecto de los centros y entidades de formación públicas y privadas, así como respecto de la Red de Centros Propios de formación profesional para el empleo, en los que se impartan acciones formativas de formación profesional para el empleo, en modalidad presencial, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Andalucía.*

d) *La suspensión de las acciones formativas en curso de las Escuelas de Formación adscritas a la Agencia Servicio Andaluz de Empleo así como de las prácticas laborales derivadas de las mismas.*

e) *La suspensión de todas las actuaciones derivadas de los programas contenidos en el Decreto 85/2003, de 1 de abril, por el que se establecen los Programas para la Inserción Laboral de la Junta de Andalucía y el Decreto 192/2017, de 5 de diciembre, por el que se aprueba el Programa de Fomento del Empleo Industrial y Medidas de Inserción Laboral en Andalucía que conlleven desplazamiento o reuniones sean de carácter informativo o formativo. Esta suspensión no afecta a las acciones subvencionadas de carácter individual que se desarrollarán por medios telemáticos y no presenciales.*

f) *La suspensión temporal de la actividad al público de las Residencias de Tiempo Libre de la Junta de Andalucía.*

g) *Suspensión de congresos, seminarios, cursos, jornadas etc. independientemente del número de aforo y de los colectivos.*

*Segundo. Recomendaciones.*

***b) Se recomienda a personas con enfermedades crónicas o pluripatológicas que limiten las salidas de sus domicilios.***

Con la entrada en vigor de la referida Orden, el Decreto de garantías de plazo de respuesta sanitaria, es decir, la norma legal que garantiza que un paciente debe recibir un diagnóstico, una consulta o una intervención quirúrgica en un tiempo determinado quedó sin efecto de modo inmediato. Los tiempos de demora asistencial se dispararon y, con ello, las famosas listas de

espera. Los efectos perjudiciales para los *OTROS PACIENTES*, las *OTRAS VÍCTIMAS NO COVID*, no tardaron en llegar.

La pandemia por COVID-19 obligó a retrasar buena parte de la actividad asistencial programada de los hospitales y los centros de salud. Este hecho provocó que en algunas comunidades autónomas se haya duplicado el tiempo medio que los pacientes tienen que esperar para poder acudir a una consulta o, incluso, para una operación.

A finales de diciembre de 2019 había en España un total de 704.995 pacientes a la espera de ser operados, una demora que se prolonga de media 121 días, aunque con notables diferencias entre comunidades, y que con la crisis del coronavirus podría haberse duplicado, ya que se obligó a cancelar consultas de especialistas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas no urgentes.

El portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), Marciano Sánchez-Bayle, reclama un "Plan de abordaje de las listas de espera" con el objetivo de "*reducirlas a lo técnicamente imprescindible*", para lo que serán necesarios "*recursos humanos específicos y el reforzamiento del funcionamiento al 100% de los centros sanitarios públicos*".

## **II. EFECTO DISTRACCIÓN.**

En pleno inicio de la pandemia, la Administración Sanitaria a través de los medios de comunicación, comunicó a la población en general, y a los pacientes crónicos en particular, que dado el alto peligro de contagio del COVID-19, era conveniente que, de no existir un problema médico extremadamente grave, no se acudiera a los Servicios de Urgencias Hospitalarios permitiendo que los mismos pudieran ser utilizados por los pacientes infectados por el nuevo coronavirus. De igual modo, se trasladó que intervenciones quirúrgicas no urgentes se demoraban, que revisiones de

patologías crónicas serían retrasadas, que los pacientes con polipatologías debían permanecer en sus domicilios, que se abstuvieran de acudir a consultas médicas innecesarias, que se hallaban en riesgo grave de contagio. Diabéticos, hipertensos, cardiópatas, inmunodeprimidos, pacientes oncológicos, mayores de edad, todos ellos, eran grupo de riesgo del COVID-19, debían extremar sus precauciones, permanecer en sus domicilios y abstenerse de acudir a los Centros Médicos salvo extrema necesidad.

Inicialmente el mensaje parecía lógico y con mucho sentido común. Valorar riesgos, frente a beneficios. Servicios de urgencias habitualmente mal utilizados por pacientes con el único fin de adelantar plazos asistenciales debían quedar expeditos para atender pacientes críticos. De igual modo, médicos y resto de profesionales sanitarios quedarían liberados de carga de trabajo innecesaria, que sería destinada a frenar el inminente colapso sanitario. Ahora bien, ¿cuándo y cómo valora un paciente, profano en conocimientos médicos, si tiene o no necesidad realmente urgente de acudir a su Centro de Salud o al Servicio de Urgencias? ¿Cómo sabe un paciente si ese dolor torácico es realmente un infarto de miocardio que precisa tratamiento urgente o se trata de un simple cuadro de ansiedad? ¿Se puede trasladar al paciente la responsabilidad de realizar el diagnóstico diferencial entre un síncope y un ictus? ¿Sabe realmente un paciente la importancia de la necesidad de realización de una simple ecografía destinada a realizar la detección precoz de un tumor maligno y con ello la instauración de su tratamiento? En la mayoría de las ocasiones, los pacientes atemorizados por las noticias que se iban conociendo, cientos de fallecimientos diarios, adoptaron la decisión de seguir al pie de la letra los consejos de la administración, de evitar acudir a los Centros Hospitalarios salvo extrema necesidad, de esperar con resignación a que pasara la fase aguda de la pandemia.

Con ello, las medidas adoptadas inicialmente destinadas de modo súbito a frenar la curva de la pandemia, a evitar el tan temido colapso sanitario,

consistentes en derivar la atención preferente a los pacientes infectados por COVID-19, asignando de modo mayoritario la práctica totalidad de los recursos sanitarios, provocó el denominado *EFFECTO DISTRACCIÓN*, esto es, debilitar la atención o atender inadecuadamente al resto de las enfermedades, como consecuencia de la asignación de recursos sanitarios al problema urgente y que se percibió como categórico. Efecto de distracción que tuvo múltiples efectos negativos en una cantidad ingente de pacientes que debió ser prevista y reparada en el futuro más cercano.

Procederemos seguidamente a describir aquellas enfermedades o grupos de pacientes que forman parte de los *OTROS PACIENTES*, las *VÍCTIMAS COLATERALES DEL COVID-19* que padecieron el déficit de atención médica, que no tuvieron acceso a los recursos asistenciales habituales, y que vieron como sus patologías no recibieron la atención debida, y en algunos casos, sufrieron consecuencias irreversibles e incluso fatales.

### **III. ENFERMEDADES CARDIACAS.**

Durante el periodo de confinamiento hubo infinidad de pacientes con infarto que no acudieron al hospital o que lo hicieron tarde poniendo en riesgo sus vidas por miedo a un posible contagio en el centro médico. Es un hecho objetivo el incremento de pacientes con infartos graves o evolucionados que tardaron en acudir a los centros hospitalarios.

*“Son víctimas colaterales, que no se cuentan como muertos ni como víctimas del coronavirus, pero que también lo son”,* señalaba Guillermo Aldama, cardiólogo internista del Hospital Universitario de A Coruña.

La Sociedad Española de Cardiología (SEC) elaboró un estudio que reflejó *“una disminución muy importante de la actividad asistencial y del número de procedimientos de cardiología intervencionista realizados”* como

consecuencia de la epidemia. *“En Madrid, se ha tratado un 42% menos de infartos que en periodos similares. Es algo realmente impresionante”*, expuso Julián Pérez Villacastín, presidente de la SEC, en una entrevista en La Mañana de TVE. *“Y en el infarto esto es importante porque en el momento que se obstruye una arteria coronaria tenemos que poner en marcha el reloj porque se puede estropear el corazón de forma irreversible si no conseguimos antes de dos horas que vuelva el flujo de sangre”*.

En su informe, la SEC afirma que es “esperable un incremento en la mortalidad por Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST)”. Los cardiólogos creen que habrá “pacientes que presenten muerte súbita extrahospitalaria y con tiempos de evolución prolongados en el caso de quienes consulten, con el consiguiente incremento en insuficiencia cardiaca, shock cardiogénico y complicaciones mecánicas relacionadas con el infarto”. La encuesta de los cardiólogos indicó una disminución significativa en el número de procedimientos diagnósticos (57%), terapéuticos coronarios (48%), terapéuticos estructurales (81%) además de los citados en el seno del IAMCEST (40%).

La Fundación Española del Corazón alertaba, por ejemplo, de que el 55% de las paradas cardiacas extrahospitalarias que se han producido durante la epidemia no fueron reanimadas hasta que llegaron los servicios de emergencia por miedo de la población a contagios.

#### **IV. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS.**

En los pacientes neurológicos suelen intervenir determinados factores, como la edad y la discapacidad, que suponen un riesgo de peor pronóstico ante la infección. Además, el enfermo neurológico suele acudir a su especialista con acompañantes, y esta situación resultó extremadamente difícil con la pandemia, por lo que las fórmulas habituales de asistencia neurológica en

consultas se vieron comprometidas, siendo sustituidas de modo mayoritario por telemedicina, con todos los inconvenientes que plantea para la exploración de pacientes neurológicos.

La situación de la pandemia motivó la necesidad de adaptar la atención neurológica al momento, como los programas de ictus y del código Ictus intra y extrahospitalario a la accesibilidad del paciente, así como la protección del personal que lo atiende y toma de decisiones sobre los pacientes con ictus que son, asimismo, COVID-19, todo ello, aun teniendo en cuenta la existencia de programas teleictus previos a la pandemia.

Se utilizaron nuevas tecnologías de la comunicación para tratar de responder a situaciones clínicas urgentes, para el seguimiento de pacientes crónicos, pero con situaciones de cambio, o para el mantenimiento de tratamientos. Se utilizaron fotografías y vídeos captados por el propio paciente o por familiares para mostrar al neurólogo a distancia cambios clínicos como la exploración oculomotora, la marcha o el equilibrio, o el uso del correo electrónico para remisión de prescripciones terapéuticas. Medios todos ellos que presentan importantes limitaciones en pacientes de edad avanzada o que por las propias enfermedades no utilizan con agilidad estos métodos.

## **V. ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS.**

Para los pacientes con cáncer, las diferentes Consejerías de Salud alentaron a los pacientes a que continuaran con sus tratamientos "esenciales y urgentes" para algunos pacientes y crearon espacios y consultas "libres de COVID", tanto para revisiones como para las cirugías; pero estas medidas no llegan a todos los enfermos, y muchos de estos pacientes, por temor al contagio declinaron a acudir a sus revisiones habituales.



"Con algunos pacientes, un retraso puede no importar demasiado, mientras que para otros puede ser importante", dijo a Euronews el profesor Karol Sikora, oncólogo y exdirector del programa de cáncer de la Organización Mundial de la Salud.

En cuanto a la priorización de pacientes oncológicos en lista de espera, Sanidad recomienda intervenir a todos aquellos cuya supervivencia pueda empeorar en los próximos 3 meses priorizando a los que no puedan someterse a tratamiento neoadyuvante y a los que no requieran estancias prolongadas en cuidados intensivos. También se priorizará a los que tengan neoplasias localmente avanzadas con complicaciones asociadas.

La Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (Aseica) puso la voz de alarma sobre los posibles efectos colaterales de la epidemia, con la redacción de una carta dirigida a la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, en la que reclama *"implementar medidas de choque de forma inmediata para conseguir la plena normalización de la asistencia y atención de pacientes de otras patologías"*, ya que *"la actual crisis ha retrasado el diagnóstico y atención de pacientes de otras enfermedades tan importantes como el cáncer"*. Además, pide medidas para fortalecer el sistema de ciencia con *"un aumento de la financiación de la Agencia Estatal de Investigación (AEI) y del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) dirigida tanto a la realización de proyectos de investigación como a la formación y captación/retención de talento joven"*.

### **Cáncer de cabeza y cuello**

La Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC) con motivo del Día Mundial del Cáncer de Cabeza y Cuello, celebrado el pasado 27 de julio informaba que la mortalidad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello entre los que se incluyen el cáncer de cavidad oral, de faringe, laringe, y de fosas nasales y senos paranasales,



podría aumentar hasta un 35% debido a los retrasos en el diagnóstico generados por la pandemia del Covid-19.

Entre los cambios que tuvieron lugar, desde la Comisión de Cabeza y Cuello y Base de Cráneo de la SEORL-CCC destacaron la demora en la actividad quirúrgica, la suspensión y/o modificación de los tratamientos no quirúrgicos, el retraso en el diagnóstico, las carencias en el acceso al sistema sanitario, el miedo a acudir al hospital, la reducción del número de revisiones oncológicas y la implantación de la asistencia no presencial.

Según el presidente de la Comisión, Dr. Pedro Díaz de Cerio, *"en algunos casos se han retrasado los tratamientos y, en otros, los más preocupantes, no se están detectando de forma precoz y, por tanto, el pronóstico de los pacientes es peor"*.

Un estudio reciente publicado en 'European Archives of Otorhinolaryngology' ha puesto de manifiesto que, tomando las medidas necesarias, el tratamiento de los pacientes con tumores de cabeza y cuello se puede realizar de forma segura durante la pandemia.

## **VI. CIRUGÍA NO ONCOLÓGICA.**

Entre las medidas adoptadas se procedió a la suspensión y demora de intervenciones quirúrgicas no oncológicas que precisaran de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para reservar la disponibilidad de la misma a posibles pacientes infectados por COVID-19. Las estadísticas de intervenciones quirúrgicas urgentes de los Centros Hospitalarios en los meses iniciales de la pandemia disminuyeron drásticamente, coincidiendo con la aparición de complicaciones inusuales anormalmente evolucionadas, como apendicitis

agudas perforadas, perforaciones gástricas o cuadros de diverticulitis con perforación.

De igual modo se aplazaron todas las consultas de revisión no oncológica o de pruebas diagnósticas en pacientes no oncológicos en función de la disponibilidad de personal asistencial.

Sirvan como ejemplo las manifestaciones vertidas por el Dr. José María Rojas Marcos, médico de Urgencias del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla: *“Observamos que nos están llegando enfermos muy evolucionados con muchas complicaciones. Si esa patología con la que vienen se hubiera cogido unos días antes, las posibilidades de tratamiento hubieran sido mayores y sus efectos no habrían sido tan graves”*.

Desde la propia Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía se reconoció que hubo repuntes en ictus, trombosis e infartos que tardaron en llegar a los hospitales.

Con objeto de minimizar los efectos de la suspensión de las intervenciones quirúrgicas la Asociación Española de Cirujanos elaboró un documento - junto a las sociedades de anestesiología, medicina preventiva, enfermería quirúrgica y microbiología infecciosa- que elevaron al Ministerio de Sanidad. La base del documento fue establecer cinco escenarios para la desescalada de los quirófanos de los hospitales. En la Fase I (casi normal), los ingresados con COVID-19 son anecdóticos y no hay impacto en la actividad quirúrgica. En la fase II (alerta leve) hay menos del 25% de camas del hospital y UCI con COVID-19, y la actividad quirúrgica se restringe a oncológicos, urgencias y benignos prioritarios. En la Fase III (escenario alerta media), el coronavirus afecta entre el 25 y 50% de casos de hospital y UCI, y el quirófano se abriría solo para oncológicos con supervivencia comprometida dentro de los próximos tres meses, oncológicos que no pueden someterse a tratamiento para retrasar la operación, oncológicos que no conlleven largas



estancias en UCI y urgencias. Tanto en la fase IV (alerta alta) como V (emergencia), los quirófanos solo abren para urgencias.

## VII. ENFERMEDADES REUMÁTICAS.

La búsqueda de un tratamiento seguro y eficaz para el COVID-19 puso a trabajar contra el reloj a científicos de todo el mundo. Una de las alternativas más promocionadas y estudiadas fue la cloroquina y su derivado la hidroxicloroquina. Tal fue la demanda de dicho tratamiento que fue retirado de las farmacias lo que ocasionó que muchos pacientes reumatológicos dejaran de tomarla.

La Fundación de Lupus de América mostró su preocupación ante un eventual desabastecimiento de hidroxicloroquina y cloroquina en el mundo.

En el futuro este problema desaparecerá dado que los estudios científicos publicados muestran que no existe evidencia científica de que la utilización de hidroxicloroquina y cloroquina resulte especialmente útil en el tratamiento del COVID-19, más bien al contrario, siendo superiores los potenciales efectos adversos, entre los que se encuentran las alteraciones del ritmo cardíaco. En este sentido, la propia OMS desaconseja la utilización de hidroxicloroquina y cloroquina en el tratamiento de esta enfermedad.

Por otro lado, debe también señalarse que en la primera fase de la pandemia numerosos pacientes reumatológicos abandonaron los tratamientos biológicos por los potenciales efectos inmunosupresores de los mismos. Fue necesaria una nota de la Sociedad Española de Reumatología el pasado 30 de marzo trasladando a los pacientes que hasta la fecha, no se ha descrito que los pacientes con enfermedades reumáticas que reciben tratamientos biológicos o con fármacos inmunosupresores sean un grupo de riesgo para desarrollar formas más graves de la enfermedad causada por el coronavirus.

El pasado mes de junio la Sociedad Española de Reumatología (SER) publicó los resultados preliminares de pacientes con la COVID-19 recogidos en los registros de seguridad de pacientes con patología reumática y tratamiento con biológicos y sintéticos dirigidos, trasladando que no han presentado una mayor tasa de mortalidad u hospitalización por la COVID-19, frente a los datos disponibles en población general. Estos hallazgos preliminares deberán ser confirmados según la SER en análisis posteriores.

### **VIII. TRASPLANTES.**

Otra consecuencia colateral de la pandemia por COVID-19 fue la caída en las estadísticas de los trasplantes. *"Desde que se declarara el estado nacional de alarma el día 13 de marzo, la actividad de donación y trasplante se ha reducido, si bien todavía es pronto para evaluar el impacto de la epidemia"*, según Beatriz Domínguez-Gil, directora de la Organización Nacional de Trasplantes de España. *"Lo previsible es que se resienta de forma importante en las próximas semanas, particularmente en las áreas más afectadas donde las unidades de cuidados intensivos de los hospitales están saturadas por el número de pacientes críticos afectados por covid-19 que tienen que asistir"*, señaló a preguntas de BBC Mundo.

Por otro lado, Miguel Ángel Gómez Bravo, jefe de Trasplantados Hepáticos del Virgen del Rocío, con solo dos trasplantes hepáticos durante el periodo de confinamiento, una tercera parte de lo habitual, señaló que *"los pacientes recién trasplantados, con el sistema inmunitario prácticamente suprimido, presentan una mortalidad mucho mayor y esa es la razón de que hayamos tenido que posponer sus trasplantes. Si se infectaran con el COVID-19 no sólo morirían sino también el órgano trasplantado y todo eso nos ha llevado a posponer los casos que no sean desesperados"*.



## **IX. ENFERMEDADES CON TRATAMIENTOS SIMILARES AL DEL COVID-19. (VIH)**

Durante la fase inicial de la pandemia se esté usando lopinavir/ritonavir como tratamiento experimental en algunos pacientes con COVID-19, tratamiento éste utilizado por pacientes con VIH. Numerosos pacientes con VIH sufrieron la angustia de recibir noticias contradictorias procedentes de las redes sociales sobre la repercusión de sus tratamientos habituales en el COVID-19, así como en el posible desabastecimiento de medicamentos para el control de su enfermedad. Con posterioridad, se difundieron noticias tranquilizadoras en el siguiente sentido:

No hay evidencia de que tomar tratamiento antirretroviral impida contraer COVID-19. Tampoco hay evidencia de que *lopinavir/ritonavir* u otros fármacos de la familia de los inhibidores de proteasa protejan a los pacientes que los toman. Por ello, no está justificado que las personas con VIH inicien un tratamiento antirretroviral determinado o lo modifiquen por motivo del COVID-19.

De ninguna manera está justificado tomar más dosis de la recomendada. Se debe continuar tomando el tratamiento como está pautado por tu especialista. Tomar más dosis no evitará contagiarse del COVID-19, ni beneficiaría frente a la infección en el caso de contraerla. De hecho, exceder la dosis normal puede ser perjudicial.

En cuanto al abastecimiento, se garantiza a todas las personas con VIH el suministro de su medicación antirretroviral. Las unidades de VIH de muchos hospitales pueden realizar revisiones telefónicamente o posponer las citas no urgentes, atendiendo únicamente aquellas consultas más complicadas, y los Servicios de Farmacia están buscando soluciones para aquellos casos en los que la recogida de medicación no sea posible.



## X. ENFERMEDADES MENTALES.

Siete de cada diez profesionales sanitarios, según una encuesta reciente de la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF), han sufrido ansiedad, miedo, insomnio o desamparo como consecuencia de su labor durante los meses más dramáticos vividos por la pandemia. El objetivo del sondeo, en el que participaron 13.138 profesionales al servicio de la sanidad pública, fue poner en evidencia *"las insuficientes medidas de seguridad y la falta de compensación por el exceso de horario"*, así como *"las deficientes condiciones laborales que todavía padecen todos los colectivos q trabajan en la sanidad"*.

Tal y como refiere Tani Francesch, médica en la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital Joan XXIII, en Tarragona, la exposición de los más jóvenes, no es solamente al estrés derivado de las guardias, sino, sobre todo, a episodios traumáticos como, por ejemplo, la muerte de un paciente.

Según el último informe del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), la especialidad de Medicina familiar y comunitaria es la que más sufre con un 45%. Paulino Cubero, médico de familia, asevera que el mayor problema al que se enfrenta su servicio es *"la multiplicación de las tareas que deben realizar como aquellas preventivas, curativas, exploraciones o consejos"*. Sin embargo, el aumento de recursos no ha sido proporcional: *"La previsión es que faltarán médicos de familia a medio plazo. Ya se ha perdido el colchón de los suplentes y hay que cubrir las ausencias de los compañeros. La sensación de no llegar a hacer todas las tareas es el principal factor del estrés profesional"*.

El paciente se somete a un riesgo al dejarse tratar por un médico que carga a sus espaldas todo un día de trabajo y que, por ende, no está en condiciones, ni físicas ni mentales, para atender a nadie. Guillermo Fouce, psicólogo y presidente de la Fundación Psicología sin Fronteras expresa que *"las guardias generan en el facultativo tres tipos de fatiga: la física, la mental y la*

*emocional. El conjunto de las tres provoca un deterioro en la eficacia y calidad que acaba afectando tanto en la intervención con el paciente, como en su propia salud".*

Ya se ha destacado que el riesgo a padecer algún trastorno mental como resultado del trabajo es mucho mayor en la profesión médica que en otros oficios. Ante esta situación, cabría preguntarse si los facultativos disponen de ayudas psicológicas u otros recursos, tanto para prevenir estas enfermedades o, en caso de sufrirlas, tratarlas.

Por otro lado, la población española se ha visto afectada a nivel emocional por la situación de confinamiento debida a la crisis sanitaria generada por el Covid-19, así lo manifiesta el Estudio Sanitas sobre bienestar emocional durante el confinamiento. De hecho, el 8% de la población afirma que necesitará la ayuda de un psicólogo para recuperarse de las secuelas provocadas por el confinamiento.

Casi la mitad de los encuestados considera que el confinamiento ha sido muy duro a nivel emocional, pero tan solo un 3% afirma haber recurrido a algún profesional para abordar la situación, y un 10% declara arrepentirse por no haber hecho uso de esta ayuda. El estado de alarma ha sido más duro emocionalmente para las mujeres, las personas jóvenes hasta 35 años, y aquellos que han necesitado ayuda psicológica en el pasado.

Según refiere la psicóloga Grecia de Jesús de Blua de Sanitas *"es muy importante recordar que la salud mental es un factor de riesgo de otras enfermedades. Mucha gente descuida su estado de ánimo sin saber que puede afectar al resto de la salud. De hecho, no cuidar la salud mental puede provocar la aparición de otras enfermedades como las cardíacas, gastrointestinales, dermatológicas, etc. Y no solo eso, sino que no cuidar la salud mental también puede afectar a todas las áreas de nuestra vida, como por ejemplo al área profesional, familiar, al ocio o a nuestras relaciones interpersonales"*.

La situación ha generado episodios de estrés y ansiedad derivados del miedo, la preocupación por los familiares y la imposibilidad de visitar a seres queridos.

## **XI. PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA.**

La pandemia por COVID-19 ocasionó un importante descenso en las visitas a los Servicios de Urgencias oftalmológicas, hecho acreditado en el Hospital La Arzuffa (HLA) de Córdoba, centro de referencia de esta especialidad en Andalucía. Desde dicho Centro Hospitalario se advierte *del riesgo que ocasiona durante el confinamiento que haya personas que dejaron de acudir a servicios de urgencias pese a presentar síntomas evidentes de sufrir afecciones graves oftalmológicas, tras haber detectado un descenso de un setenta por ciento de casos en el último mes.*

El director médico del centro sanitario, Juan Manuel Laborda, detalla que, *tras la experiencia médica vivida durante el primer mes de confinamiento, se deduce un relevante decrecimiento en el volumen asistencial de patologías consideradas como graves, en alusión a desprendimientos de retina, hemorragias vítreas, glaucomas agudos o úlceras corneales, entre otras enfermedades.*

En este sentido, Laborda manifiesta que *se trata de patologías que deben abordarse oftalmológicamente "con inmediatez" y que el hecho de no hacerlo "puede provocar daños irreversibles", en referencia a la pérdida de visión parcial o global del paciente.*

Desde el HLA, se explica que *"nos estamos encontrando con personas que están sufriendo afecciones graves que no están siendo atendidas con la urgencia que se requiere por el miedo del paciente a acudir a un centro sanitario o por temor a un contagio del coronavirus". "Es importante que los*



*pacientes con sintomatología consulten de inmediato a un especialista para evitar que se agrave la patología. Es pertinente indicar y recordar que en los hospitales hay un riguroso control y protocolo para evitar contagios de coronavirus", concreta Laborda.*

Por otro lado, el Dr. Alberto González-Costea, Oftalmólogo y miembro de la Junta Directiva de la Asociación Profesional de Oftalmólogos de España (APOE), trasladaba las dificultades con la que se encuentra este colectivo debido a la crisis del coronavirus.

Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, todas las sociedades científicas nacionales han elaborado un documento de consenso sobre la asistencia a pacientes oftalmológicos durante la pandemia de COVID-19. *"Cumpliendo con las recomendaciones, y con el fin de controlar la extensión de la pandemia, solo se valoraron en consulta a pacientes sin síntomas de infección por coronavirus y con patología ocular urgente o no demorable y revisiones de pacientes operados recientemente. Los oftalmólogos, en el sistema público y privado, estamos evaluando exclusivamente urgencias casos cuya patología no es demorable, como desprendimientos de retina, traumatismos perforantes del globo ocular, degeneración macular asociada a la edad en fase activa, glaucomas agudos no controlados, dolor ocular severo, disminución o pérdida de visión bruscas, algunas uveítis... Todas ellas requieren de consulta presencial e incluso tratamiento quirúrgico".*

Refiere el Dr. Alberto González-Costea que se dejaron de atender molestias leves tipo picor o sensación de arenilla, conjuntivitis, cambios en la graduación, visión borrosa leve tras leer o ver el ordenador, orzuelos, controles de glaucoma en pacientes estables con su medicación, revisiones de fondo de ojo de pacientes diabéticos o hipertensos, controles de ambliopía de los niños, etc. Como curiosidad, indicar que ha desaconsejado tomar la tensión ocular con

aire pues los estudios revelan que puede contaminar los equipos y ser causa de expansión del coronavirus”.

## **XII. SALUD BUCO DENTAL.**

La crisis generada por el Covid-19 ha dificultado el cuidado de la salud bucodental de la sociedad española, según el Estudio Sanitas de salud bucodental durante el estado de alarma.

El nuevo estudio de Sanitas señala que el 13,5% de los españoles ha sufrido problemas dentales desde la aparición del Covid-19 y considera que se han agravado por la imposibilidad de acudir a una clínica dental debido a las medidas de confinamiento.

## **XIII. VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.**

Un total de 44 mujeres víctimas de violencia de género y 47 menores a su cargo ingresaron en los recursos de acogida del Instituto Andaluz de la Mujer (IAM) durante el primer mes de confinamiento domiciliario tras la publicación del Real Decreto 463/2020 por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. En concreto, del 14 de marzo al 14 de abril, se produjeron 14 acogimientos solicitados desde la provincia de Sevilla, nueve de Granada, cinco de Málaga, cuatro de Jaén y tres desde Almería, Cádiz, Córdoba y Huelva. Estos acogimientos sumaron un total de 91 personas.

La directora del IAM, Laura Fernández, señaló que “desde una política de anticipación y, en especial, de garantizar nuestros servicios, hemos prestado especial interés en la actividad de nuestros centros y recursos, y en este sentido, el Servicio de Atención y Acogida ha sido uno de los más observados con detenimiento. Esto se debe a las características del mismo, a la vulnerabilidad



de las mujeres, menores y personas dependientes que atendemos, y a las circunstancias de especial peligrosidad para la propia vida de estas personas".

En este periodo se produjo un incremento de las consultas de familiares, vecinos y allegados a las víctimas: el 14,09% (un total de 104) de las consultas realizadas durante el confinamiento han sido efectuadas por el entorno de la víctima, la media del mes de marzo de 2019 es del 8,27%, lo que supone una subida del 5,82%.

Mientras tanto, en la Plataforma de asesoramiento jurídico online se llevaron a cabo 436 atenciones entre el 14 de marzo y el 14 de abril. En marzo de 2019 se realizaron 274 y en abril 269, lo que arroja una media de 271,5, lo que implica que en este mes de confinamiento hubo 165 atenciones más lo que supone un aumento del 60,88%. Las consultas realizadas en este periodo sobre violencia de género son las mayoritarias en el servicio (49,54% del total), seguidas muy de cerca por las consultas relacionadas con relaciones de parejas y familiares (45,62% del total), principalmente por el gran incremento experimentado en los primeros días del Estado de alarma en consultas relacionadas con guardia y custodia (régimenes de visitas, suspensión, etc.).

El Consejo General del Poder Judicial elaboró un documento para agilizar la justicia durante la situación de Estado de Alarma destinada a "los colectivos especialmente vulnerables".

En este informe se propusieron medidas dirigidas a agilizar los procedimientos judiciales que afectan a los más vulnerables y minimizar el impacto negativo que la situación de emergencia sanitaria derivada de la pandemia de coronavirus Covid-19 tiene para ellas, reforzando la protección judicial de sus derechos.

Entre dichas medidas constan el impulsar el funcionamiento de las Oficinas de Atención a las Víctimas, reforzar los equipos psicosociales y las Unidades de



Valoración Forense Integral (UVFI) destinadas a valorar las víctimas de violencia de género en todo el territorio nacional.

#### **XIV. NIÑOS: ALIMENTACIÓN Y VACUNACIONES.**

Las consecuencias colaterales que tiene esta pandemia para los niños en los países más desfavorecidos quizás representen la mayor amenaza para la salud infantil a la que nos hemos enfrentado.

Según publicaba The Lancet el 12 de mayo, si la cobertura de los servicios de salud infantil se reduce, podrían perderse entre 253.500 y 1.157.000 de vidas más de niños que se verán afectados por otras enfermedades que no se detendrán, en contextos con pocos recursos y sistemas de salud débiles.

Es muy probable que el efecto directo de la COVID-19 sobre los niños en entornos afectados por crisis humanitarias sea mayor que el observado hasta ahora en los países más ricos. La amenaza más peligrosa para la salud infantil no será la enfermedad en sí, sino sus consecuencias indirectas prolongadas. Entre las principales causas de mortalidad infantil se citan: la reducción de actividades o del cierre de los servicios de atención pediátrica; las muertes de recién nacidos debido a la falta de un parto seguro y de atención postnatal; el retraso en el inicio del tratamiento en enfermedades potencialmente mortales por el miedo o la desconfianza que genera la COVID-19 que hará que muchos padres y madres eviten llevar a sus hijos enfermos a los centros de salud.

Ya es un hecho que la desnutrición infantil aumentará dramáticamente como consecuencia indirecta del coronavirus. El Programa Mundial de Alimentos ya habla de que podrían alcanzarse niveles "bíblicos" de hambruna y ya se está constatando cómo muchos menores han perdido el apoyo nutricional vital que recibían porque sus escuelas están cerradas o porque la ayuda alimentaria se ha reducido.

En abril de 2020, Nature publicaba que las actividades de vacunación se están suspendiendo. Se estima que, por cada muerte adulta de Covid-19 que se evite merced a la suspensión de las actividades de vacunación, se podrían perder más de 100 vidas de niños. Desde el año 2000, las vacunas contra el sarampión han evitado más de 20 millones de muertes infantiles. Si deja de vacunarse y aumenta la desnutrición, que exacerba las muertes por sarampión, la reversión de este progreso podría ser devastadora.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud predice que en 2020 se perderán cientos de miles de vidas más por malaria, la mayoría de ellas de niños, si las estrategias de control y prevención se cancelan.

## CONCLUSIONES

- Una nueva oleada de la pandemia del COVID-19 ocasionará con toda probabilidad una nueva desaceleración de la actividad asistencial ordinaria que debe ser prevista con la adopción de soluciones que minimicen en la medida de lo posible el denominado “EFECTO DISTRACCIÓN”, esto es, la atención inadecuada a los *pacientes no covid* por déficit en la asignación de recursos humanos y materiales.
- Debe ser asegurada la atención sanitaria de todos los enfermos de la comunidad, especialmente el tratamiento de pacientes oncológicos, cardiopatas, neurológicos, con patología respiratoria crónica, con trastornos inmunes (VIH, lupus), pacientes pendientes de trasplantes, o de realización de intervenciones quirúrgicas o pruebas complementarias en el seno de patologías graves.
- Se debe comunicar a todos los pacientes que no deben demorar la solicitud de asistencia cuando así sea preciso, pues realizarlo puede implicar riesgo vital o llevar asociado la aparición de consecuencias irreversibles en su estado de salud.

## BIBLIOGRAFÍA.

- *Orden de 13 de marzo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19).*  
<https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/505/1>
- Los cardiólogos alertan de que pacientes con infartos "no acuden a urgencias por miedo a contagiarse".  
<https://www.rtve.es/noticias/20200414/infartos-coronavirus-urgencias/2012022.shtml>
- [https://www.antena3.com/noticias/ciencia/guillermo-aldama-cardiologo-los-pacientes-con-infarto-son-victimas-colaterales-del-coronavirus\\_202004235ea1fecd2800260001d93dd6.html](https://www.antena3.com/noticias/ciencia/guillermo-aldama-cardiologo-los-pacientes-con-infarto-son-victimas-colaterales-del-coronavirus_202004235ea1fecd2800260001d93dd6.html)
- J.Matías-Guiu J.Porta-EtessamE.Lopez-Valdesl.Garcia-Morales, A. Guerrero-Solá, J.A. Matias-Guiu. La gestión de la asistencia neurológica en tiempos de la pandemia de Covid-19 Management of neurological care during the COVID-19 pandemic. Neurología (English Edition), Volume 35, Issue 4, May 2020, Pages 233-237.
- Investigadores en cáncer piden medidas urgentes para paliar el abandono de patologías no covid.  
<https://www.diariomedico.com/medicina/oncologia/politica/investigadores-en-cancer-piden-medidas-urgentes-para-paliar-el-abandono-de-patologias-no-covid.html>
- [https://seorl.net/wp-content/uploads/2020/07/NP\\_D%C3%ADa-Mundial-del-C%C3%A1ncer-de-Cabeza-y-Cuello.pdf](https://seorl.net/wp-content/uploads/2020/07/NP_D%C3%ADa-Mundial-del-C%C3%A1ncer-de-Cabeza-y-Cuello.pdf)

- El SAS suspende cirugías y consultas de revisión no oncológicas y estudia incorporar a médicos jubilados. <https://elcorreoweb.es/andalucia/el-sas-suspende-cirugias-y-consultas-de-revision-no-oncologicas-y-estudia-incorporar-a-medicos-jubilados-MF6474709>
- Coronavirus y pacientes con enfermedades reumáticas. 30 Marzo, 2020. <https://www.ser.es/coronavirus-y-pacientes-con-enfermedades-reumaticas/>
- Coronavirus: las víctimas colaterales de la crisis del covid-19 y el duro dilema que enfrentan sus familiares. Tamara Gil - @\_tamaragilBBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52013643>
- [https://sevilla.abc.es/sevilla/sevi-coronavirus-sevilla-victimas-colaterales-covid-19-necesito-higado-y-tardar-202004190821\\_noticia.html](https://sevilla.abc.es/sevilla/sevi-coronavirus-sevilla-victimas-colaterales-covid-19-necesito-higado-y-tardar-202004190821_noticia.html)
- La vuelta al quirófano no urgente: cómo doblegar la lista de espera. Esteban Ramon. <https://www.rtve.es/noticias/20200427/lista-espera-quirofano-coronavirus/2012904.shtml>
- El Covid-19 duplica el tiempo de espera para acceder a la sanidad pública. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/covid-19-duplica-tiempo-espera-sanidad-publica-1783>
- Más de 700.000 pacientes aguardan ser operados, la cifra más alta en 17 años. EFE. Madrid, 28 mayo 2020. <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/mas-de-700-000-pacientes-aguardan-ser-operados-la-cifra-alta-en-17-anos/10004-4257568>
- El Hospital La Arzuzafa advierte del riesgo de no tratar patologías oftalmológicas de urgencia durante el confinamiento. <https://www.hospitalaruzafa.com/el-hospital-la-aruzafa-advierte-del-riesgo-de-no-tratar-patologias-oftalmologicas-de-urgencia-durante-el-confinamiento/>

- Ansiedad, estrés, insomnio... Médicos al límite de su salud mental por la Covid. Alicia Cruz Acal. El Mundo. [https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/08/14/5f36cb92fdddff46ac8b460d.html?emk=NELMPRM1&s\\_kw=3T](https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/08/14/5f36cb92fdddff46ac8b460d.html?emk=NELMPRM1&s_kw=3T)
- El 8% de la población afirma que necesitaría ayuda profesional para gestionar las consecuencias psicológicas del confinamiento. <https://sanitasdatasalud.es/8-la-poblacion-afirma-necesitaria-ayuda-profesional-gestionar-las-consecuencias-psicologicas-del-confinamiento/>
- El estado de alarma ha provocado el agravamiento de patologías bucodentales en más del 13% de la población. 11/06/2020. <https://sanitasdatasalud.es/estado-alarma-ha-provocado-agravamiento-patologias-bucodentales-mas-del-13-la-poblacion/>
- Un total de 91 mujeres y menores víctimas de violencia de género ingresan en centros de acogida del IAM <https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/index.php/iam/noticias/un-total-de-91-mujeres-y-menores-victimas-de-violencia-de-genero-ingresan-en-los-centros-de-acogida-del-iam-durante-el-confinamiento>
- Los jueces piden reforzar los equipos psicosociales y las Unidades de Valoración Forense Integral en toda España. <https://www.diariomedico.com/medicina/medicina-forense/politica/los-jueces-piden-reforzar-los-equipos-psicosociales-y-las-unidades-de-valoracion-forense-integral-en-toda-espana.html>
- Niños: víctimas colaterales de la Covid-19. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/05/25/5eca782bfc6c8302748b459e.html>



## **CAPÍTULO VIII.**

### **EL CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA. NUESTRA SEÑA DE IDENTIDAD.**

*Dr. Eliseo Collazo Chao.*

El CACM se pronunció sobre la disyuntiva a la que se han enfrentado muchos profesionales sanitarios situados en la primera línea de batalla contra el coronavirus en los hospitales y centros de salud en algunos casos sin disponer de mascarillas adecuadas, guantes y batas impermeables, situaciones que les llevan a fabricar equipos de protección individuales con bolsas de basura o a solicitar trajes fitosanitarios a agricultores a través de redes sociales para trabajar en las UCI. La consecuencia ha sido la alta propagación del coronavirus entre personal sanitario en Andalucía, con ocasión de su vocación, entrega y dedicación a la salud de sus pacientes. Que ha tenido nefastas consecuencias tanto personales, familiares (propagando la enfermedad), como sociales, al debilitar significativamente la eficiencia del sistema de salud.

Advirtió de que el Código de Deontología permite que el médico, ante situaciones de riesgo vital inminente e inevitable para su persona, como el hecho de carecer de los debidos medios de protección ante pacientes gravemente afectados por Covid-19, pueda abstenerse de actuar, amparado en una situación de riesgo, hecho que debe anotar en la historia y trasladar a su superior jerárquico.

Consideró que el médico puede asumir los riesgos que estime oportunos, con la única limitación que le imponga el Jefe del Servicio o la dirección médica, los daños a terceros y, por supuesto y por encima de todo, la voluntad del paciente, expresada en ese instante o en un documento de voluntades anticipadas.

Los médicos, lejos de acogerse a preceptos legales o deontológicos que pudieran eximirles de intervenir, han adoptado libremente criterios éticos que les honran, no abandonando a los pacientes exponiendo su salud y sus vidas de modo heroico.

Según la Ley de Prevención de Riesgos laborales, el médico, como cualquier trabajador, tiene derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, y es deber del empresario o de la Administración, proveer de los medios de protección frente a los riesgos laborales (art. 14), teniendo el trabajador derecho a interrumpir su actividad si existe un riesgo grave e inminente para su salud (art. 21).

Los trabajadores tienen reconocidos y protegidos unos derechos fundamentales y, desde luego, a la protección de su salud. El Código Penal tipifica como delito la conducta de los empresarios responsables al poner a los trabajadores en situación de riesgo por no proporcionarles las medidas de protección establecidas como necesarias y básicas (art. 316 CP). En el delito de omisión del deber de socorro (art. 195 CP) se excluye el deber de prestar el socorro, cuando de prestarlo se corra un riesgo propio o se pudiera generar otro ajeno.

La Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, el 20 de marzo de 2020, emitió un informe sobre dos aspectos:

1.- Obligación ética, deontológica y legal del facultativo médico a actuar sin las medidas de prevención adecuadas en la situación actual de pandemia por COVID-19.

2.- Ausencia de medios de prevención frente al COVID-19 en personal sanitario.

La Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos quiso hacer pública su posición ante la actual epidemia por coronavirus (COVID-19) sumándose a la llamada general a la responsabilidad de todas las personas y estamentos implicados para actuar del modo más eficaz posible ante esta emergencia sanitaria. Para ello, destacó los siguientes aspectos:

1.- Aplicar una correcta política sanitaria exige conjugar un conjunto de derechos y deberes desde un compromiso ético y científico compartido entre los gestores políticos, los profesionales sanitarios responsables de la asistencia y los ciudadanos.

2.- Es deber de la administración sanitaria poner al servicio de quienes prestan la asistencia todos los recursos posibles para la seguridad de los pacientes y los profesionales, con sentido de eficacia, eficiencia, equidad y justicia.

3.- Los médicos y resto de profesionales sanitarios, como han hecho siempre a lo largo de la historia, están cumpliendo su deber deontológico de estar junto a los pacientes, necesitando el apoyo y colaboración de todos. Apoyamos el incremento de los recursos humanos y materiales que las necesidades vayan generando, para que nuestra sanidad siga ofreciendo la seguridad y calidad que la caracteriza.

4.- Esta Comisión se pone al servicio de todos los médicos y de los ciudadanos para asesorar en cuantos conflictos éticos y deontológicos que con seguridad se plantearán en la evolución de la presente pandemia. El derecho a la información debe contemplar el derecho al secreto médico y la limitación de recursos que pudieran plantearse, exigirá un cambio en el paradigma de los principios éticos que se suelen aplicar, dando prioridad a los principios de justicia y de beneficencia.

5.- Consideramos que el control de la actual epidemia depende, en gran medida, de todos y cada uno de los ciudadanos, que estamos obligados a



cumplir con responsabilidad todas las indicaciones que transmitan las autoridades sanitarias a través de informaciones oficiales.

6.- La estrategia preventiva de contención de la epidemia, en la que estamos actualmente, supone una responsabilidad personal y un compromiso ético que todos hemos de cumplir; la disminución de los contactos comunitarios y el cumplimiento de medidas higiénicas limitan la difusión del contagio y el progreso de la epidemia, lo cual es obligado para el mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios.

Representantes de la profesión médica tuvieron que aclarar aspectos del documento emitido por la Comisión Central de Deontología sobre la atención de los facultativos a pacientes por Covid-19 en respuesta a las numerosas reacciones al texto que se produjeron en redes sociales, especialmente a su manifestación de que "El médico atenderá al paciente de Covid-19 aunque ponga en riesgo su vida". Finalmente, la OMC convino en que "El ejercicio de la Medicina conlleva riesgos que en ocasiones son muy numerosos, complejos y desconocidos y de gravedad variable que deben ser aminorados o paliados tanto por parte del médico como de los responsables sanitarios, mediante la implantación de las medidas necesarias, suficientes y obligatorias para así disminuir el riesgo de sus actos".

La CCD hizo referencia a que el Código de Deontología Médica incluye diversos apartados relativos a la obligación del médico de atención al paciente en circunstancias excepcionales:

#### Artículo 5.3

*La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. El médico no puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal.*



#### Artículo 6.1

*Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado.*

#### Artículo 6.2

*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. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario.*

#### **Comunicado del Colegio de Médicos de Cuenca:**

Con el fin de facilitar el respeto del deber que nos es propio a todos los médicos quienes prestamos nuestro servicio en el Sistema Nacional de Salud, en lo tocante a “velar y contribuir para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia y cumplimiento de los principios éticos” (CDM-11. Artcl.45.1), el Colegio de Médicos de Cuenca, a través de su Comisión de Deontología, se pone a disposición de todos los colegiados de la provincia, asumiendo a su vez su responsabilidad de “defenderlos cuando se vean perjudicados a causa del cumplimiento de este Código” (CDM-11. Artcl.44.3), sobre la base de que no podemos obviar la exigencia que en la actual y tremenda situación de pandemia COVID-19, se nos requiere a los “Directivos de la Organización Médica Colegial, Juntas Directivas de los Colegios” en cuanto a “intervenir en la organización sanitaria y sobre todos aquellos aspectos que puedan afectar a la salud de la población” (CDM-11. Artcl.44.7).

Recordemos que “La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia” (CDM-11. Artcl.5.3). “El médico, principal agente de la



preservación de la salud, debe velar por la calidad y eficiencia de su práctica, principal instrumento para la promoción, defensa y restablecimiento de la salud" (CDM-11. Artcl.7.2). "El médico, tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica" (CDM-11. Artcl.21.1).

Para hacer efectivas estas premisas, el Colegio necesita de sus médicos, que lo pongan en su conocimiento, de manera seria, leal y efectiva, por escrito, identificándose adecuadamente, evitando la "crítica despectiva" (CDM-11. Artcl.37.3), el "desprestigio, las injurias y las polémicas públicas" (CDM-11. Artcl.38.3), observando lo recogido en el Artcl.45.2 del CDM-11: "El médico, pondrá en conocimiento de la Dirección del Centro, las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen la correcta asistencia. Si no fuera así, las denunciará a su Colegio, y en última instancia a las Autoridades Sanitarias, antes de poder hacerlo a otros medios".

No obviemos que, aunque el "secreto profesional debe ser la regla, no obstante, el médico podrá revelar el secreto, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con asesoramiento del Colegio si lo precisara, si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo" (CDM-11. Artcl.30.1.c).

No nos olvidamos de nuestros compañeros médicos quienes ocupan cargos directivos en instituciones sanitarias, siendo conocedores del deber que se les demanda en cuanto a "velar para que las prestaciones se adapten a las verdaderas necesidades asistenciales de la población y a las posibilidades reales de financiación, evitando que se ofrezcan servicios sanitarios sin la debida dotación de medios humanos y materiales" (CDM-11. Artcl.47.1). "Es obligación del Director Médico de la Institución, eliminar cualquier obstáculo que impida que la relación médico-paciente sea directa, inmediata y en lugar y tiempo



adecuado, preservando la intimidad del paciente y la seguridad del médico" (CDM-11. Artcl.47.2).

Es en estas situaciones extremas, excepcionales, pero extremas como la actual pandemia, cuando nos vemos en la necesidad de recordar que los "derechos de los pacientes tienen preferencia sobre la confraternidad entre médicos, como deber primordial" (CDM-11. Artcl.37.1), pero sin desatender la "obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas" (CDM-11. Artcl.37.2), en equilibrio con la afirmación de que "no supone faltar al deber de confraternidad, el que un médico comunique a su Colegio, con discreción, las infracciones de sus colegas contra las reglas de la ética médica o de la práctica profesional" (CDM-11. Artcl.38.4).

Ahora, más que nunca, los médicos debemos dar ejemplo de templanza, responsabilidad y profesionalidad, exponiendo nuestro repertorio de realidades actuales, propósitos y esperanzas para el futuro, dirigiendo nuestra conducta por el parámetro característico de la Ciencia: la vocación de servicio al más necesitado, el humilde deseo de servir, como constante válida en el presente, observando la obligación que todos tenemos de "procurar la mayor eficacia en el trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a nuestra disposición" (CDM-11. Artcl.7.4, Artcl.21.3).

No se trata de una decisión personal, de una opción, siendo en verdad una muestra de compromiso colectivo, de sentido moral bajo el imperativo del interés general y el bien común, de fe resuelta en que es posible soportar los mayores sacrificios, de aceptar la diversidad de matices compatibles con la unidad de fines, en aras a alcanzar una nueva luz, para nuestros pacientes y para la misma profesión médica.

El **Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña** comunicó que puso en marcha una comisión específica y permanente que con la misión de hacer el



seguimiento de la evolución de la crisis sanitaria generada por la pandemia de coronavirus desde el punto de vista de la deontología médica; sin embargo, en dicho comunicado no se hace referencia al Código de Deontología.

Por otro lado, la Comisión de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña elaboró tres documentos distintos que recogen tanto consideraciones generales sobre cómo actuar ante la pandemia, como aspectos más concretos relacionados con las decisiones éticas que han de tomarse en las UCI, o con la atención a personas que llegan al final de su vida tras no vencer al Covid-19.

La presidenta de la Comisión de Deontología del CCMC, Montse Esquerda, explicó en un vídeo dirigido a la comunidad sanitaria, que en la asignación de recursos escasos -que en el código de deontología médica está regida por los principios éticos de justicia distributiva y de utilitarismo, como por ejemplo sucede con el trasplante de órganos- el criterio que ha de prevalecer es el de que «cada persona merece una evaluación individual». Enfrentaba así el código de deontología las indicaciones del Servicio Catalán de la Salud, que aconsejó a los profesionales sanitarios no ingresar a pacientes de coronavirus «con mal pronóstico» o «corta esperanza de vida» para no colapsar las UCI.

El **Colegio de Médicos de Madrid** emitió en enero 2020 una circular exclusivamente sobre aspectos científicos del 2019-nCoV.



## CAPÍTULO IX

### REPERCUSIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA DEL COVID-19 SOBRE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LOS PACIENTES

*Dr. Ángel Hernández Gil.*

#### I. INTRODUCCIÓN.

La Constitución española de 1978, norma suprema del ordenamiento jurídico español a la que están sujetos todos los poderes públicos y ciudadanos en España, expone en su primer Título los *Derechos Fundamentales*, “*fundamento del orden político y de la paz social*” (STC 53/1985), y que otorgan facultades a las personas que éstas pueden hacer valer en circunstancias específicas. En base a ello, les son aplicables las siguientes garantías: vinculación de todos los poderes públicos, reserva de ley, respeto al contenido esencial, sometidos a un procedimiento preferente y sumarial, a recurso de amparo y a procedimiento agravado de reforma constitucional (artículo 168 de la Constitución).

Según el artículo 9 de la Constitución -*Los poderes públicos están sujetos a la Constitución y al resto del ordenamiento jurídico*-, los poderes públicos están obligados no solo a respetar los Derechos fundamentales y no vulnerarlos sino al deber de promoción activa de los mismos; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud.

En definitiva, son derechos naturales, innatos, permanentes e intransferibles, fundamentales ante el valor de la dignidad humana, considerados de los de mayor importancia en el ordenamiento jurídico al vincularse con los valores del ordenamiento y dado el rango que poseen como norma jurídica.



Pueden afectar a la esfera personal, al ámbito público o estar vinculados con otros derechos económicos o sociales.

Dentro de los que afectan a la esfera personal se encuentran el derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad de creencias ideológicas o religiosas, a la libertad y seguridad, a la seguridad jurídica y tutela judicial, a la libertad de circulación y residencia, a la vida privada -intimidad personal y familiar; honor y la propia imagen; secreto de las comunicaciones; limitación del uso de la informática y a la protección de datos.

Entre los derechos fundamentales ligados al ámbito público podemos destacar el derecho a la igualdad ante la ley, el derecho a una comunicación libre, el derecho a la información -a recibirla y emitirla con prohibición expresa de la censura previa-, o el derecho a reunión, manifestación y asociación.

Finalmente otros derechos fundamentales están vinculados con aspectos económicos o sociales, entre los que sobresalen el derecho y deber de trabajar, el derecho a la educación libre y gratuita y la libertad de enseñanza y de cátedra.

Por otro lado, la relación médico paciente estuvo caracterizada durante siglos por un marcado paternalismo si bien el nacimiento y aparición de los derechos humanos provocó una transformación radical de dicha relación con el logro de la autonomía del paciente, y por ende, con la manifestación de los derechos de los pacientes.

La configuración de los derechos de los pacientes durante el último siglo se ha amparado en numerosos textos legales, algunos nacidos fuera de nuestras fronteras y otros de carácter nacional. Entre ellos, podemos destacar la *Declaración de Derechos Humanos de 1948* (dónde los derechos de la autonomía y la libertad de la persona comienzan a ser defendibles como principios básicos del ser humano); la *Carta de los Derechos del Paciente*,



*aprobado por la Asociación Americana de Hospitales de EEUU, aprobada el 6 de febrero de 1973: (reconocimiento oficial del derecho del paciente a recibir información y a decidir de modo autónomo y en plena libertad); el Código de Ética y Deontología Médica en 1978 y posteriores revisiones de 1990, 1999 y 2011; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la que se establece la regulación de las acciones encaminadas a la protección de la salud establecida en el artículo 43 de la Constitución Española; el Convenio de Oviedo o sobre Derechos Humanos y Biomedicina, (BOE 20/X/1999). Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.*

Una somera revisión de los derechos de los pacientes permite una clasificación simple en dos grandes grupos. En primer lugar, los derechos de primera generación, como son el derecho a la vida, el derecho a la libertad en todas sus manifestaciones, y el derecho a la dignidad. Son derechos que no se pierden nunca, y para suspenderlos sería preciso una situación de excepcionalidad extrema, que una situación de alarma no contempla. En otra esfera, se encontrarían los derechos de segunda generación, derechos legales que precisan de una ley que los promulgue y defina. Entre estos segundos se encuentra la protección de la salud, la asistencia sanitaria y todos los relacionados con ellos. Estos últimos si pueden suspenderse en determinadas circunstancias y ser modificados con una ley de igual o superior rango.

El pasado 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud elevó la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el COVID-19 a la consideración de pandemia. Tres días después, el Estado Español promulgó el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaraba el estado de

alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Fue por tanto un Real Decreto finalista: la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Dando contenido a la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, en su artículo 4 establecía que *“A los efectos del estado de alarma, la autoridad competente será el Gobierno”*. De este modo quedaron suspendidas en todo el territorio nacional las competencias de las Comunidades Autónomas, que tenía transferidas en materias de la importancia y trascendencia como el orden público, transportes, seguridad o sanidad. Bajo dicha disposición normativa, que se prolongó durante 99 días, concretamente hasta el pasado 21 de junio, fueron adoptadas numerosas medidas destinadas a afrontar la situación de emergencia sanitaria: se declaró la limitación de la libertad de circulación de las personas en todo el territorio nacional; se impusieron medidas de contención en el ámbito educativo y de la formación; se adoptaron medidas de contención en el ámbito de la actividad comercial, equipamientos culturales, establecimientos y actividades recreativas, actividades de hostelería y restauración, y otras adicionales; se declaró la limitación de los centros de culto, ceremonias civiles y religiosas; y el Gobierno quedó autorizado para decomisar todo aquello que creyese necesario para luchar contra la pandemia. Además, el Ministro de Sanidad asumió todas las competencias, tanto organizativas como en materia de suministros y compras de material sanitario.

El objeto del presente capítulo será la realización de un análisis objetivo de la repercusión de la gestión sanitaria frente al COVID-19 en el Estado español en los derechos de los pacientes, y especialmente cómo se vieron afectados tras la promulgación del estado de alarma. Trataremos de conocer si los derechos de los pacientes se vieron limitados de un modo desproporcionado; qué consecuencias tuvieron no solo para sí mismos sino en su relación con sus familiares y/o allegados y en su relación con los médicos y resto de los profesionales sanitarios; y si existían o no otras alternativas en la gestión de la



crisis sanitaria que contemplaran o respetaran en mayor grado los derechos fundamentales de los pacientes.

Para contestar a dichas cuestiones iremos revisando cada uno de los derechos contemplados en nuestra normativa legal, tomando como textos de referencia la Constitución Española de 1978 y la Ley 41/2002 de la Autonomía del paciente.

## **II. DERECHOS FUNDAMENTALES DE LOS PACIENTES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.**

Tal y como señalamos anteriormente podemos considerar un primer grupo de Derechos y libertades que afectan al ámbito personal, entre los que se encuentran entre otros el derecho a la vida, el derecho a la integridad física y moral, y el derecho a la intimidad personal y familiar.

La imposición del estado de alarma (RD 463/2020) iba dirigido expresamente para proteger la salud y seguridad de los ciudadanos, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública. Esto es, tenían como objetivo esencial la protección de la vida y salud de las personas. Un hecho que debe ser valorado a posteriori es el resultado final del mismo y sus posibles alternativas, pero no puede discutirse que su principal función era la protección del derecho a la vida de los ciudadanos. No obstante, puede cuestionarse si las medidas adoptadas fueron toda una suerte de medios preventivos en determinados momentos exagerados que se pudieran asimilar a una medicina defensiva.

Otros derechos afectan al ámbito público como son el derecho a la igualdad ante la ley, y prohibición de discriminaciones en el contenido de la ley, el derecho a una comunicación libre, o el derecho a la información, a recibirla y emitirla con prohibición expresa de la censura previa, del secuestro administrativo o de cualquier maniobra para dificultar el acceso a la información; o el derecho de reunión, manifestación y asociación.



Cuestiones diferentes son las que afectaron la gestión sanitaria durante la pandemia a los derechos señalados con anterioridad.

De igual modo, existen numerosas informaciones que cuestionan el derecho a la información de los ciudadanos, en el sentido en que no siempre se accedió a una información veraz, leal y comprensible de la situación de la pandemia, no sólo desde la Administración sino desde los Organismos Internacionales (Organización Mundial de la Salud) o Sociedades Científicas Profesionales.

Numerosas voces se alzaron en la fase inicial de la pandemia trasladando que la información vertida a la opinión pública estaba mediatizada por criterios políticos, especialmente cuando se trasladaban datos relativos a los medios de protección existentes en los profesionales sanitarios, los medios diagnósticos - pruebas de PCR y test rápidos- realizados, o datos estadísticos y epidemiológicos que no pocas veces prescindían de los debidos fundamentos científicos, variando los criterios metodológicos en no pocas ocasiones.

La información vertida por el Gobierno de modo diaria siempre se basaba en los criterios aportados por varios Comités, Científico, Técnico, Científico-Técnico, Asesor, un Comité Científico cuya composición no fue inicialmente transparente. Se ocultaron la identidad de sus integrantes así como las de sus currículums profesionales, amparándose en la protección de los mismos para ser liberados de posibles presiones y que pudieran trabajar en plena libertad, hechos estos que atentan contra el derecho a la información de la sociedad.

Otros derechos fundamentales vinculados al ámbito personal afectados fueron la libertad de circulación y residencia o la limitación del uso de la informática, el derecho al secreto de las comunicaciones y a la protección de datos. Se alzaron numerosas voces críticas trasladando que determinadas medidas fueron excesivamente rígidas, no debidamente fundamentadas, con la sospecha de tener motivación política.

Entre los derechos fundamentales ligados al ámbito público que pudieron verse afectados por la gestión de la crisis se encuentran el derecho a una comunicación libre -determinadas limitaciones en la transferencia de mensajes a través de las redes sociales-, el derecho a la información -a recibirla y emitirla con prohibición expresa de la censura previa-, o el derecho a reunión, manifestación y asociación -impuestas por el estado de alarma-.

Finalmente existen derechos constitucionales vinculados con los ámbitos económicos y sociales que se vieron notablemente afectados fueron el derecho y deber a trabajar, el derecho a la enseñanza o el derecho a la autonomía universitaria. Existen datos objetivos que confirman las importantísimas repercusiones en el ámbito personal, profesional, económico, social o comunitario.

Cabe preguntarnos si existían medidas alternativas al confinamiento total y extremadamente largo que sufrió el país y que ocasionó una profunda lesión de muchos de los derechos fundamentales de las personas y, especialmente, si determinadas medidas no tan rígidas, que fueron empleadas posteriormente en la fase de desescalada, no pudieron haber sido empleadas con anterioridad evitando daños que en determinados casos serán desgraciadamente irreparables.

### **III. DERECHO A NO SUFRIR DAÑOS. PRINCIPIO DE NO MALEFICIENCIA.**

El principio de no maleficiencia, directamente relacionado con el derecho a no sufrir daños, es el principio esencial de la ética médica, forma parte del juramento hipocrático, también denominado *primum non nocere*, "*lo primero es no hacer daño*". Debe trasladarse inicialmente que en sentido literal no se puede equiparar este principio con determinadas situaciones ocurridas durante la pandemia ocasionadas por la atención sanitaria de profesionales infectados por el SARS-CoV-2, al no existir dolo en la actuación de los profesionales



sanitarios, ni siquiera conducta imprudente, salvo casos excepcionales, que desgraciadamente siempre ocurren.

No obstante, es un hecho objetivo y por todos reconocido que más de 52.000 sanitarios fueron contagiados en nuestro país durante la primera oleada de la pandemia por COVID-19, y los lugares en los que se produjeron el mayor número de contagios fueron los Centros Sanitarios y las Residencias de Personas Mayores. La carencia o ausencia o de medios de protección idóneos en el personal sanitario, hizo que este personal se convirtiera en un importante mecanismo de contagio, a la vez que en víctimas del virus. En este caso, los profesionales sanitarios, fueron tan víctimas como los pacientes.

De igual modo, la falta inicial de criterios idóneos de prevención, obligando en determinadas fases a que los profesionales sanitarios continuaran trabajando por presentar solo síntomas leves, junto a la falta de realización de test diagnósticos permitió que personal sanitario infectado fuera un agente de contagio entre los propios profesionales, otros pacientes, sus familiares y núcleos próximos. Incluso, recién curados de los síntomas, inicialmente a los 7 días, recibían el alta profesional sin realización de ninguna prueba diagnóstica que confirmara su situación sanitaria, y eran obligados a su incorporación en el trabajo.

#### **IV. DERECHO A RECIBIR UNA ATENCIÓN MÉDICA DE CALIDAD HUMANA Y CIENTÍFICA.**

El derecho a recibir una atención médica de calidad humana y científica puede resumirse en la actualidad en el novedoso aforismo británico que alude al "*right care, right setting, and right time*", esto es, la atención adecuada a la *lex artis*, en el lugar adecuado y en el momento adecuado.



La cuestión a resolver es sumamente sencilla: ¿recibieron todos los pacientes, fueran o no COVID-19, un tratamiento adecuado a la *lex artis*, considerando también el tiempo de acción y el lugar?

Parece que es un hecho objetivo que en numerosos Centros Hospitalarios de diversas Comunidades Autónomas de nuestro país se sucedieron durante determinadas fases de la epidemia episodios de colapso sanitario que afectaron indiscutiblemente la calidad científica de la asistencia sanitaria recibida no sólo en pacientes COVID-19 sino en la totalidad de los mismos.

Respecto al aspecto estrictamente técnico, el médico, por regla general, seguía en ocasiones las directrices emanadas desde el Ministerio de Sanidad o desde las diferentes Consejerías de Salud, y en otras situaciones, adoptaba criterios, que si no fueron por consenso, eran los que parecían más apropiados, de acuerdo a las experiencias de otros profesionales y los que de modo vertiginoso se venían publicando diariamente en la prensa on line, no siempre con el debido refrendo científico: utilización de hidroxiclороquina, remdesivir, lopinavir/ritonavir (Kaletra), tocilizumab, corticoides, antibióticos, anticoagulantes. En este apartado poco se les puede imputar a los médicos cuando, de otra parte, han estado recibiendo mensajes contradictorios de revistas científicas de reconocido prestigio (ej. The Lancet, en concreto respecto al uso de la hidroxiclороquina). Pero por determinadas circunstancias, un número importante de enfermos, personas mayores ingresadas en Residencias, no llegaron a recibir la misma asistencia que el resto. Existen ya reclamaciones judiciales que cuestionan la calidad científica de la atención sanitaria recibida en planta durante los primeros días de la pandemia, en los que el miedo y riesgo al contagio atenazaba a los profesionales sanitarios, existiendo denuncias por falta de la debida derivación a Unidades de Cuidados Intensivos o por simple abandono de pacientes.

La atención sanitaria desde Atención Primaria fue prestada en la fase inicial de la pandemia de modo mayoritario vía telefónica, utilizando canales y sistemas de telefonía comunitaria, cuestionándose por parte de los ciudadanos las debidas prestaciones. Fueron innumerables las quejas que alegaban la imposibilidad de contactar con los profesionales sanitarios o simplemente registrarse como casos leves o sospechosos. No se cuestiona la idoneidad del uso de la telemedicina durante la pandemia sino las numerosas deficiencias técnicas que la han caracterizado con la subsiguiente pérdida de e eficacia y eficiencia.

De igual modo, numerosos pacientes fueron atendidos exclusivamente en sus domicilios, sobre todo ancianos o personas con patologías especialmente vulnerables; y pacientes con sintomatología leve fueron atendidos mayoritariamente vía telefónica y se les recomendó tratamiento sintomático (paracetamol) y no acudir a los Centros Hospitalarios salvo que tuvieran insuficiencia respiratoria. Algunos de ellos, cuando lo hicieron, sin tratamiento antiviral alguno en las primeras semanas, presentaban ya neumonías bilaterales avanzadas que les condujeron inevitablemente a la muerte. Se cuestiona si un simple examen físico –auscultación- y la realización de una placa de tórax hubiera podido diagnosticar de modo precoz muchos cuadros clínicos, instaurar antes un tratamiento y evitar con ello la aparición de graves secuelas e incluso muchos fallecimientos.

A los pacientes con enfermedades no COVID se les aconsejó salvo situaciones de extrema gravedad no acudir a los hospitales, lo que motivó en numerosos pacientes un retraso importantísimo en la atención de sus patologías con importantes repercusiones en su salud.

En cuanto a la atención humanitaria, es evidente que la relación médico paciente se ha llevado a cabo bajo el paradigma del principio de beneficencia. El más elemental principio de prudencia respecto a la posible



transmisión de la enfermedad, impidió que los pacientes pudieran recibir a sus familiares durante el periodo de hospitalización. No obstante, en determinados casos, fueron denunciadas situaciones de incomunicación que no estaba justificada y que al parecer se podría haber solventado de otro modo.

En estrecha relación con la calidad humana de la atención prestada se encuentra la decisión adoptada por las autoridades respecto a las personas fallecidas. No se ha permitido el duelo durante el estado de pandemia, cuando en la fase de desescalada se ha comprobado, que se podría haber hecho aplicando medidas de fase uno, en no pocas ocasiones no se dio información sobre el lugar en el que se encontraban los deudos.

El dramatismo, con el que muchas familias han relatado estas situaciones, que durante días desconocían el lugar en el que se encontraban sus cadáveres, o que trasladan dudas respecto a si las cenizas que les entregaron pertenecen realmente a sus deudos, nos lleva a pensar que habrá muchas personas que experimentarán un síndrome de estrés postraumático o un estado depresivo, derivado de la ansiedad e incertidumbre sufridas.

## **V. DERECHO A ATENCIÓN MÉDICA SIN DISCRIMINACIÓN.**

Establece el Código de Deontología Médica dentro de sus principios generales que *"El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna"*.

Debemos plantearnos si la instauración en la fase inicial de la pandemia de determinados protocolos sobre el manejo de pacientes en Servicios de Urgencias o en Unidades de Cuidados Intensivos de Centros Sanitarios, algunos de ellos muy difundidos a través de determinadas redes sociales, y que fueron en numerosos foros muy criticados al seguir criterios extremadamente utilitaristas, repercutieron en el derecho de protección de la salud de determinados grupos

etarios o afectaron el derecho a la no discriminación por presentar determinados parámetros o factores (edad, comorbilidades, etc).

De igual modo, están siendo cuestionadas judicialmente determinadas instrucciones u órdenes emanadas desde Consejerías de Salud Autonómicas respecto al tratamiento de personas mayores ingresadas en Residencias, en las que se investiga si dichas personas soportaron un riesgo mayor al que jurídicamente estaban obligadas a soportar.

Desde un punto de vista estadístico, la mayoría de las muertes se produjeron en personas mayores de 65 años, en personas ingresadas en Residencias de Mayores, y muchas de ellas en soledad en sus domicilios; se calcula que en torno al 50% del total de fallecidos, contabilizándose en determinados ámbitos hasta 19.000 personas.

Fueron publicadas algunas instrucciones desde la Consejería de Sanidad de algunas Comunidades Autónomas -Cataluña- en las que se recomendaba no intubar a personas mayores de 80 años, o en el que se establecía que el personal sanitario debía priorizar los recursos teniendo en cuenta años de vida salvados.

Resultaron muy reveladoras respecto a la supuesta discriminación por edad las manifestaciones del famoso diputado italiano, Mario Sberna, quien denunció que se había salvado *“gracias a una elección terrible de los médicos: darle la posibilidad de sobrevivir a las personas más jóvenes. Me he salvado gracias a la bombona de oxígeno que le quitaron a un hombre de Mantova de 84 años para dármela a mí”*. ¿Fue adoptada dicha decisión fundamentada en criterios estrictamente científicos o pesó más la edad y esperanza de vida de los pacientes que la evolución y gravedad del cuadro clínico que presentaban en un momento determinado?

## VI. DERECHO A LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL.

Señala la Ley 41/2002 de autonomía del paciente en su artículo 4, el derecho a la información asistencial, por el que se establece que los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma.

Es este uno de los derechos que han de ser modulados en circunstancias de excepcionalidad. Siempre ha parecido una exageración que los pacientes reciban toda la información disponible sobre un determinado padecimiento, cuando por otra parte, el tiempo de consulta está de hecho limitado, a menos de diez minutos. Decía Marañón que no hay peor médico que aquél que cuenta todo lo que sabe al paciente. La información tiene sentido cuando el paciente puede decidir, este es el principal objeto del traslado de la información. En esta situación de limitación de derechos, impuesta por el estado de Alarma, el principio de autonomía había quedado, si no suprimido, sí muy menguado. El paradigma que ha regido, durante la pandemia, en la relación médico-paciente ha sido el de beneficencia. En el imperio de este principio, la información es irrelevante, pues será el médico quien decide en aplicación del principio de hacer lo mejor por el paciente: principio de beneficencia. ¿Era esto absolutamente necesario? No, pues, amén de ser informado para decidir, el paciente también tiene derecho a ser informado para conocer su estado de salud, su pronóstico *quad vitan*, e incluso sus familiares y allegados también. El crear una atmósfera de tranquilidad era un deber del médico y ello exigía una somera información sobre el virus, su peligrosidad, su epidemiología, las formas de protegerse y proteger, son datos que el paciente tiene siempre derecho a conocer. Entendemos que el dilema *autonomía versus beneficencia* sólo se debía plantear para situaciones extremas, como puede ser el asignar recursos limitados, en cuyo caso el principio de autonomía cede en favor del de beneficencia, pero no para las cuestiones cotidianas de la asistencia, donde regirá el principio de autonomía.

No podemos cuantificar el número de casos en el que los pacientes no fueron informados o lo fueron de modo incorrecto o deficiente, pero lo estimamos en un número considerable.

De otra parte, profesionales de reconocido prestigio consideran que se hizo un uso abusivo de la situación de riesgo, como si de la aplicación de una medicina defensiva se tratara, así como de conceptos ante los que los pacientes, no bien documentados, cedieron sin oponer ninguna objeción: es la ciencia y con la ciencia no se discute. En este sentido, una vez alcanzada la fase total de desconfiamento, muchas personas se negaron a salir a la calle y continuaron practicando la desinfección de alimentos, objetos y vestidos, sin racionalidad alguna.

Por otro lado, refiere la Ley 41/2002 que *el titular del derecho a la información es el paciente. Pero que también serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.* Fueron numerosas las denuncias o reclamaciones en las que los familiares referían ausencia absoluta del proceso asistencial, llegando muchos a manifestar que la primera noticia que tuvieron de sus familiares fue sino su fallecimiento una llamada breve minutos u horas previos al deceso. ¿Cuál fue el motivo de la ausencia de comunicación con los familiares? ¿Justificó la carga asistencial o el modelo específico de asistencia – prohibición de permanencia de familiares junto los pacientes- en esta dejación? Es posible que lo fuera en el modo tradicional de informar, pero se podrían haber arbitrado el uso de las TICs, del que por otra parte, en determinados casos se realizó un uso abusivo, tipo WhatsApp, para tener informadas a la familia, al menos en los casos más graves. Determinadas denuncias trasladan un sufrimiento suplementario al que fueron sometidas muchas familias que no supieron durante días cual había sido el destino de sus deudos.

## VII. RESPETO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

El respeto a la autonomía del paciente, derecho básico de la actuación médica que le da nombre a la Ley 41/2002, se vio notablemente alterado durante la gestión de la crisis sanitaria. La autonomía es una manifestación más de la personalidad, que comprende: el derecho a la libertad, intimidad, libre ejercicio de la voluntad, elegir el propio comportamiento y ser dueño de uno mismo. Es aquí donde reside la dignidad de las personas, la capacidad para decidir por sí mismos una vez que fuimos debidamente informados.

El derecho a no querer tratarse o el derecho de abandonar el hospital o la residencia en la que se encontraban ingresados, quedó absolutamente suprimido en favor del interés general y numerosos pacientes quedaron confinados en sus respectivos centros sanitarios o socio-sanitarios.

El análisis detallado de las historias clínicas revelará la adecuación o no en la realización del necesario consentimiento informado por parte de los pacientes, cuestión ésta debatida en foros científicos, especialmente cuando eran instaurados tratamientos en etapas finales de la vida o que precisaban consentimientos escritos.

Hecho similar sucedió con los consentimientos por representación. Resultaron estremecedoras algunas manifestaciones vertidas por familiares de víctimas en los medios de comunicación en las que denunciaban que no se les consultó respecto a las decisiones sanitarias instauradas, teniendo únicamente conocimiento a través de breves llamadas telefónicas o de remisión de mensajes a través de redes sociales, que en unos minutos sus familiares serían sedados.

## VIII. DERECHO A LA INTIMIDAD. SECRETO PROFESIONAL.

Si bien existe un capítulo que abordará de modo concreto este aspecto debemos señalar que el derecho a la intimidad es abordado por el artículo 7 de la Ley 41/2002 estableciendo que *“Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley”*.

Hemos podido apreciar durante toda la pandemia, especialmente en la fase inicial de la misma, la violación del secreto profesional con la publicación en los medios de comunicación de casos positivos respecto a personas de notoriedad pública, entre ellos, políticos, deportistas, artistas o con cierta popularidad. Las informaciones no se limitaban a trasladar el padecimiento de la enfermedad sino que se extendían a la evolución de sus cuadros clínicos, fuentes de contagio, lugar del tratamiento siendo motivo de frecuentes debates en los medios de comunicación.

Por otro lado, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado tras la denuncia por presunta infracción de pacientes de medidas de confinamiento domiciliario, por razones de salud pública, han llegado a solicitar a los profesionales médicos la revelación de datos clínicos de un paciente concreto en relación a las indicaciones médicas recibidas, planteándose en los médicos el dilema ético-legal de si prevalece el deber de mantener el secreto profesional o el deber de revelar la información. Cuestión ésta que motivó la elaboración de un documento por parte de la Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos aclarando las medidas a adoptar en tales situaciones.

## **IX. DERECHO A INSTRUCCIONES PREVIAS Y A LA ADECUACIÓN AL ESFUERZO TERAPÉUTICO.**

El artículo 11 de la Ley 41/2002 regula las *Instrucciones Previas* de los pacientes mediante el cual "*las personas, mayores de edad, capaces y con libertad, manifiestan anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud*".

Cuando la capacidad de decisión autónoma no opera siempre debe prevalecer el documento de instrucciones previas o de voluntades anticipadas y, en su defecto, el principio de beneficencia administrado por aquel que se encuentre en posición de garante, esto es, con el deber de defender los derechos del paciente en este momento incapaz para tomar una decisión válida.

Durante la pandemia se publicaron determinados documentos, ej., en la Comunidad de Cataluña las *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* en las que se recomendaba limitar el esfuerzo terapéutico de los pacientes mayores de 80 años con COVID-19. De igual modo, se recomendaba que un paciente que tenga 80 años o más "*recibirá solo oxigenoterapia con mascarilla de alta concentración de tipo Monaghan, y si el enfermo no mejora en 15 minutos se recomienda considerar un tratamiento de confort para paliar la sensación de disnea*".

En nuestro criterio, ningún protocolo, guía o documento, redactado con carácter general o advenido para la causa, debe suplir la voluntad del paciente nítidamente expresada en documentos o de palabra o la del representante legal, que en este caso, es el médico que le asiste y que por tanto se sitúa en posición de garante.

## **X. DERECHO A LA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.**

El artículo 6 de la ley 41/2002 establece el derecho a la información epidemiológica, trasladando que *"Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley"*.

Desde el inicio de la crisis sanitaria, el Ministerio de Sanidad realizó numerosas modificaciones tanto en los criterios para contabilizar los casos de contagios, en baremos epidemiológicos o en el modo de contabilizar los ingresados en UCI o los fallecidos a consecuencia del COVID-19.

En el ámbito de la Medicina Preventiva y Salud Pública resulta estrictamente necesario para poder establecer modelos, predecir evoluciones y tomar las medidas más correctas en toda epidemia, contar con los mejores datos estadísticos.

Resulta evidente que a lo largo de la gestión sanitaria el Ministerio de Sanidad decidió cambiar la metodología empleada en la contabilización de casos en numerosas ocasiones, sin claros fundamentos científicos y con falta de claridad en la exposición de los datos, dificultando el análisis de la evolución de las curvas epidemiológicas y llevando a que algunos grupos de investigadores independientes abandonaran algunas iniciativas. Todo ello generó en la opinión pública numerosas dudas y especulaciones de todo tipo.

En el inicio de la pandemia existió oscurantismo en las cifras vertidas por el Ministerio de Sanidad respecto a las ofrecidas por nuestros vecinos los italianos, y no fue hasta el 5 de marzo, cuando se empezaron a trasladar el número de pacientes ingresados en UCI.



Con la entrada en vigor del estado de alarma, se decidió centralizar la información procedente de las Consejerías de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas, solicitando en una Orden publicada en el BOE, (*Orden SND/324/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*), el número de casos confirmados, de hospitalizados, de ingresados en UCI, los casos dados de alta, los fallecidos, los casos de las últimas 24 horas y el número de test PCR realizados. Pero en dicha estadística se excluían los contagios en residencias y no se especificaba ni el sexo o edad de los infectados, dato que se incluyó el pasado 22 de marzo.

Los datos que fueron aportando las diferentes Comunidades Autónomas no eran homogéneos, ni en la contabilización de casos ni en su actualización. Mientras que unas Comunidades incluían dentro de los hospitalizados a quienes estaban en la UCI, otras incluían en este grupo a los ingresados en UCI, curados y fallecidos. Unos aportaban datos diarios y otros datos acumulados.

Existió un importante cambio el pasado 26 de marzo al adoptar el criterio de contabilización de casos, hecho que modificó sustancialmente la estadística. Se decidió no realizar pruebas PCR a pacientes que presentaban "cuadros muy típicos", como la neumonía bilateral y pasaban a considerarse "casos muy posibles", pero quedaron excluidos de la estadística del Ministerio al no estar confirmados por una PCR.

Hasta la primera semana de abril solo se contabilizaban casos diagnosticados con PCR pero Andalucía empezó a contabilizar casos diagnosticados con test serológicos, muchos de ellos asintomáticos, lo que ocasionó una nueva confusión en el Ministerio de Sanidad, si bien el 16 de abril, adoptó la decisión de incluir en la estadística diaria a los casos confirmados con test serológicos.



La contabilización de fallecidos aún resulta una incógnita existiendo una confusión total al respecto. Determinadas comunidades inicialmente solo consideraban a los fallecidos en los Hospitales sin tener en cuenta a quienes fallecieron en las residencias, lo que dejaba fuera una cifra bastante alta. No fue hasta el 16 de abril cuando el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña decidió contabilizar los fallecidos según los datos ofrecidos por las empresas funerarias, hecho que supuso que los fallecidos prácticamente se duplicaran en cuestión de horas (de 3.885 se pasaron a contabilizar 7.097 casos). Madrid así mismo contabilizaba más de 3000 casos fuera del ámbito hospitalario.

Ante este súbito crecimiento en el número de muertos, el Ministerio de Sanidad publicó una nueva Orden (*Orden SND/352/2020, de 16 de abril, por la que se modifica la Orden SND/234/2020, de 15 de marzo*) que regulaba la información que las autonomías deben enviar al Ministerio de Sanidad, exigiendo que tanto los casos declarados como los fallecidos no sólo sean "confirmados", sino "confirmados mediante prueba diagnóstica (PCR o test rápido de anticuerpos) incluyendo sintomáticos y asintomáticos". Con dicha medida quedaron descartados todos los casos y fallecidos únicamente con diagnóstico clínico pero sin prueba de PCR o test rápidos de anticuerpos.

Finalmente, el Ministerio de Sanidad volvió a adoptar un importante cambio de criterio al considerar el pasado 24 de abril que solamente se contabilizarían aquellos casos confirmados con la realización de una PCR excluyendo a los confirmados con test serológicos, amparándose en que las pruebas PCR son más fiables y que en los diagnosticados por pruebas de anticuerpos hay una alta probabilidad de que sean personas que ya han pasado la enfermedad hace tiempo (o incluso no hayan desarrollado la enfermedad). Esto provocó el mayor baile de cifras y que de un día para otro Sanidad hiciera desaparecer de modo sorprendente casi 13.000 casos.

## **XI. DERECHO A UNA HISTORIA CLÍNICA.**

La Ley 41/2002 en su Capítulo V aborda en su totalidad la normativa relativa a la historia clínica, definiéndola, trasladando los requisitos para su archivo, describe el contenido, los diferentes usos, la obligación de su conservación, los derechos a su acceso y otros derechos relacionados con su custodia.

Cabe destacar el artículo 15 que hace alusión al contenido de la historia clínica:

15.1. *“La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada”.*

15.2. *“La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud”.*

La historia clínica no es sólo un documento asistencial, lo es también médico legal. Desde el momento en que la relación médico paciente está sometida a la regulación legal y configura un contrato médico, la historia clínica se convierte en un medio de prueba, será el documento fundamental para acreditar si la asistencia se ajustó a la *lex artis*. No se quiere decir que la historia se deba redactar pensando en las cuestiones judiciales, ni como un instrumento más de la medicina defensiva, pero sí consignando los datos que sean relevantes para la asistencia y para resolver los problemas de toda índole que en un futuro se puedan plantear.

La Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos

redactó un protocolo en el que se recogen los datos que se debería consignar en las historias clínicas de los profesionales sanitarios contagiados por COVID-19, de cara al reconocimiento de enfermedad profesional. No es una intromisión en un terreno reservado a otras instancias, sino que es una obligación legal de calificar la baja laboral en función de la contingencia que la genera: enfermedad común, accidente de trabajo o enfermedad profesional. La cuestión no es baladí, porque de estar consignados los datos, que permiten este diagnóstico o no, se supone un daño irreparable para el paciente.

De igual modo, dista mucho de la adecuación a la *lex artis* que en un caso de muerte por COVID-19, se escriba en la historia clínica, *Juicio Diagnóstico: Neumonía bilateral adquirida en la comunidad*. Este caso no contabilizará entre los fallecidos por COVID-19 con todas las repercusiones que conlleva y como este, otros tantos que justificarían en parte el enorme desfase de fallecidos ofrecidos por el Gobierno frente a otras estadísticas.

Numerosos ancianos fallecidos en Residencias de Personas Mayores durante los peores meses de la pandemia no fueron contabilizados por las cifras oficiales del Ministerio de Sanidad por varios motivos, especialmente el requisito legal exigido por la Orden SND/352/2020, de 16 de abril, por la que se modifica la Orden SND/234/2020, de 15 de marzo que exige la existencia de una PCR positiva. ¿Existe la posibilidad de alcanzar un diagnóstico de certeza de la causa de muerte a pesar de la ausencia de dicha prueba complementaria? Una revisión minuciosa y posterior estudio de la historia clínica de los fallecidos permitiría comprobar el tiempo de inicio del proceso patológico, la sintomatología que padecieron, los resultados de pruebas de examen físico, analíticas, pruebas radiológicas, tratamiento instaurado, cómo respondieron al mismo, comorbilidades, agravación o no de patologías concomitantes, etc. Todo ello podrá ser realizado siempre que la historia clínica haya sido redactada, conservada y custodiada de modo correcto, esto es, si se han cumplido de modo adecuado los derechos de los pacientes respecto a la



historia clínica. No resultaría extraño que numerosos familiares traten de conocer la verdadera causa de muerte de quienes fallecieron en Residencias de Personas Mayores analizando sus historias clínicas, no solo por las diferentes repercusiones legales que pudieran tener sino por mero respeto a la dignidad de los fallecidos.

## **XII. DERECHO A LA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y A LA INFORMACIÓN PARA LA ELECCIÓN DE MÉDICO Y DE CENTRO.**

Queda contemplado en la Ley 41/2002 -artículos 12 y 13- que *los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos, así como a la información previa correspondiente para elegir médico tanto en la atención primaria como en la especializada.*

Resulta evidente que durante el estado de alarma los derechos a la libre elección de médico y de centro sanitario fueron anulados y fueron numerosas las denuncias que trasladaban oscurantismo en la información sobre la disponibilidad de los Servicios y Unidades asistenciales, sobre la calidad asistencial -omisión en información respecto a datos relativos sobre los medios de protección en los profesionales sanitarios o la instauración de colapso sanitario en determinados Centros.

## **XIII. DERECHO A LA EMISIÓN DE CERTIFICADOS.- CERTIFICADOS MÉDICOS DE DEFUNCIÓN.**

Numerosa normativa legal acredita el deber de los facultativos a la redacción del certificado médico de defunción y, por ende, el derecho de los familiares o allegados a los mismos a su emisión. Durante la pandemia fueron



emitidas instrucciones y recomendaciones para su correcta emisión desde el Consejo General de Colegios de Médicos y desde el Ministerio de Sanidad.

Dicha problemática es abordada de modo extenso en otro capítulo por lo que en el presente solamente nos limitaremos a señalar la enorme cantidad de certificados de defunción que fueron completados de modo incorrecto. A buen seguro, serán fuentes de litigios judiciales y administrativos, dada la enorme trascendencia que tienen tanto para los familiares de los finados como para quienes los emitieron de modo incorrecto.

Señalar finalmente que de cara al reconocimiento de muerte por enfermedad profesional la Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos redactó un protocolo en el que se establecían instrucciones destinadas a la correcta emisión del Certificado Médico de Defunción.

#### **XIV. DERECHO A CONSIDERACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO EN PACIENTES SANITARIOS QUE SE CONTAGIARON DURANTE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL.**

Al igual que en otros apartados, las cuestiones relativas a los derechos laborales serán abordados de modo extenso en otro capítulo por la Profesora Castellano Arroyo. Señalar aquí únicamente que más de 52.000 profesionales sanitarios sufrieron el contagio por COVID-19 durante la primera ola de la pandemia. Hasta muy avanzada la pandemia, existían instrucciones del Ministerio de Sanidad para que en las bajas laborales de los profesionales sanitarios constaran como causa "enfermedad común", cuestión que llevaba asociada importantes repercusiones jurídicas, profesionales y económicas. Entre otras, señalar que en caso de enfermedad profesional y accidente de trabajo, a diferencia de la enfermedad común, causan baja desde el primer día y no son necesarios períodos de cotización (carencia) previos para gozar de los



subsidios y prestaciones que la Seguridad Social otorga. Además, en el caso de incumplimiento empresarial en materia preventiva, esto es, deficiencias en material de protección, se puede establecer según la gravedad, un incremento en las prestaciones que tengan su causa en el accidente entre un 30% y un 50% que recaerá directamente sobre el empresario, fundamentalmente la Administración Sanitaria.

Por todo ello, el Consejo Andaluz de Colegios de Médicos junto al Consejo General de Colegios de Médicos instaron de modo formal al Presidente del Gobierno de España para que adecuara la normativa necesaria y se estableciera la lógica presunción que los médicos que estaban realizando su labor asistencial en esta pandemia y fueron contagiados por COVID-19, lo fueron como consecuencia de su trabajo y se considerara por tanto accidente de trabajo o enfermedad profesional sin necesidad de tener que reclamar trámites administrativos y burocráticos, o incluso judiciales, que pudieran ser necesarios si no se modificaba en el sentido indicado la normativa actual.

De igual modo se pronunciaron en las últimas semanas la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), algunos partidos políticos e incluso la propia OMS.

En este sentido la Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos redactó un protocolo destinado a auxiliar a los médicos a cumplimentar los diferentes documentos médico legales de personal sanitario afectado por COVID-19, concretamente la historia clínica, las bajas y altas laborales, los diferentes certificados médicos y, en caso de fallecimiento, los certificados médicos de defunción.

## **XV. DERECHOS DE LOS PACIENTES EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS.**

Una cuestión muy debatida fue la inclusión de pacientes en ensayos clínicos, la mayoría protagonizados por la instauración de determinados tratamientos de los que se adolecía de la debida experiencia, aconsejados por Servicios médicos de otros Centros Hospitalarios con mayor experiencia o casuística, o adoptados tras la revisión de publicaciones científicas recientes, o incluso tratamientos de tipo experimental, en los que no existía la necesaria certeza respecto a potenciales riesgos o efectos secundarios. Numerosos foros científicos tuvieron como objeto de debate la instauración de dichos tratamientos al señalarse la dificultad que existía en trasladar la necesaria información previa a los pacientes, que indudablemente condicionaba el posterior consentimiento.

## **XVI. DERECHO A INDEMNIZACIONES POR MUERTE Y LESIONES.**

Finalmente señalar que inevitablemente surgirán reclamaciones judiciales o administrativas destinadas a cobrar indemnizaciones por muerte y lesiones derivadas de la asistencia a pacientes en la sanidad pública o privada.

Serán argumentados un mal funcionamiento del sistema, falta de material de protección, acciones u omisiones dolosas o imprudentes en el diagnóstico o tratamiento, denegación de asistencia, falta de recursos que se deberían haber implementado cuando aparecieron las primeras alertas, falta de oportunidad por ausencia de camas en UCI o ausencia de respiradores, etc.

La Administración Sanitaria pública entre otros medios de defensa a buen seguro argumentará que la causa que originó el daño se debió a una fuerza mayor, una enfermedad desconocida que ocasionó un colapso sanitario sin precedentes e imposible de vaticinar. La ley, a este respecto, establece que



*“No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de las técnicas existentes en el momento de producción de aquellos...”.*

Los litigios judiciales en los diferentes ámbitos jurídicos (penal, civil, social y contencioso-administrativo) están servidos y, entre otras víctimas, desgraciadamente los médicos y demás profesionales sanitarios se encontrarán entre el fuego cruzado soportando la pena de banquillo, respondiendo en el futuro con el ejercicio de medicina defensiva. Debería meditar la Administración realizar una valoración minuciosa de las reclamaciones surgidas durante periodos francos de colapso sanitario en los que un acuerdo extrajudicial pudiera evitar todos los efectos secundarios de las reclamaciones por presunta mala praxis.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. BOE 29 de diciembre de 1978.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 15 de noviembre de 2002.
- Código de Deontología Médica, julio 2011. En: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf)
- Gómez-Ullate Rasines, S. Historia de los derechos de los pacientes. Revista de Derecho UNED, núm. 15, 2014.
- Carta de los Derechos del Paciente aprobado por la Asociación Americana de Hospitales el 6 de febrero de 1973. En: [http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/21/pr/pr\\_25.pdf](http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/21/pr/pr_25.pdf).
- González Morán, L.: *De la Bioética al Bioderecho. Libertad, vida y muerte,*

- Dykinson, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2000, pág. 24
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F., *Principios de ética biomédica*, Barcelona, Masson, 1988
  - Manejo clínico del COVID-19: unidades de cuidados intensivos. Informe Técnico Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Actualizado: 19 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. *Grup de treball de ventilació, cap àmbit emergències, direcció mèdica i direcció infermera de sem 24 de març de 2020*. Sistema de Salut de Catalunya. Generalitat de Catalunya.
  - *Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. BOE» núm. 294, de 6 de diciembre de 2018.
  - Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaraba el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE» núm. 67, de 14 de marzo de 2020.
  - El político italiano que sobrevivió al coronavirus: "Me he salvado gracias al oxígeno que le quitaron a un hombre de 84 años". En: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/06/04/5ed8d167fdddfda998b4661.html>
  - Protocolo para cumplimentar documentos médico legales de personal sanitario afectado por covid-19. Comisión Ética y Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. Sevilla, 25 de abril de 2020. En: <https://cacm.es/2020/07/30/protocolo-para-cumplimentar-documentos-medico-legales-de-personal-sanitario-afectado-por-covid-19/>
  - Consideraciones sobre la obligación legal y el deber ético y deontológico de comunicar a miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado la existencia o no de indicación de confinamiento durante la pandemia por COVID-19. Informe de la Comisión Ética y Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. Sevilla, 1 de junio de 2020.
  - Telemedicina y Deontología. Informe de la Comisión Ética y Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. En: <https://cacm.es/wp-content/uploads/2020/07/TELEMEDICINA-Y-DEONTOLOGIA-CD-CACM-30-07-2020.pdf>. Sevilla, 22 de junio de 2020.
  - Orden SND/324/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
  - Orden SND/352/2020, de 16 de abril, por la que se modifica la Orden SND/234/2020, de 15 de marzo.



## CAPÍTULO X

### CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO DURANTE LA PANDEMIA POR SASRS-COV-2

*Dr. Eloy Girela López.*

#### I. CONFIDENCIALIDAD

El derecho a la intimidad, recogido ampliamente en el ordenamiento jurídico español, es un derecho constitucional (art. 18) inherente a la dignidad humana, por lo que merece un respeto particular. La revelación del secreto médico supone, para el paciente, la lesión de un derecho fundamental, cual es la intimidad y privacidad; este es el bien jurídico protegido, se trata de un dato sensible. Cuando se vulneran derechos fundamentales, que han de ceder ante otros de mayor jerarquía, se hará siempre bajo el principio de la proporcionalidad: que no exista otra vía para evitar el daño y que este sea el menor posible.

El derecho a la intimidad y protección de datos de salud se articula en la normativa europea comunitaria (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016)<sup>3</sup>, a nivel nacional (Constitución Española; Ley 14/1986 General de Sanidad (LGS); Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; la reciente Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales e incluso en la legislación autonómica, lo cual pone de manifiesto su trascendente significación. Así mismo, se trata de un deber que no solo recae en el profesional encargado de la asistencia del paciente, por lo que, de forma específica, la Ley 41/2002, enfatiza la obligación de los centros sanitarios de adoptar las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento de este derecho.



En consecuencia, con todo lo anterior, nuestro Código de Deontología, en el Capítulo V regula detalladamente el secreto profesional del médico:

*“Artículo 27. 1.- El secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional. 2.- El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica. 3.- El hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional. 4.- En las instituciones sanitarias informatizadas los médicos directivos velarán por una clara separación entre la documentación clínica y la administrativa. 5.- El médico no puede colaborar en ninguna base de datos sanitarios si no está garantizada la preservación de la confidencialidad de la información depositada en la misma. 6.- El médico podrá cooperar en estudios epidemiológicos, económicos, de gestión, etc., con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente. 7.- El médico preservará en su ámbito social, laboral y familiar, la confidencialidad de los pacientes.”*

El artículo 28 establece la obligación que incumbe al responsable del Centro sanitario para garantizar este derecho, y otros detalles como que la muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto, mientras que el artículo 29 establece las obligaciones de secreto para los colaboradores (secreto compartido) y el 30 establece con precisión las excepciones al deber de secreto: *“El médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio si lo precisara, en los siguientes casos:*

- a. *En las enfermedades de declaración obligatoria.*
- b. *En las certificaciones de nacimiento y defunción.*
- c. *Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.*
- d. *Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y éste permita tal situación.*
- e. *En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.*
- f. *Cuando sea llamado por el Colegio a testificar en materia disciplinaria.*
- g. *Aunque el paciente lo autorice, el médico procurara siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional.*
- h. *Por imperativo legal:*
  1. *En el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado.*
  2. *Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar.*
  3. *Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto."*

La situación excepcional de pandemia por SARS-Cov-2, decretada por la OMS el pasado mes de marzo, ha supuesto una auténtica emergencia de salud pública, que ha afectado a un gran número de personas a nivel mundial, y



particularmente aquí en España, siendo el nuestro uno de los países europeos con más contagios, muertos por millón de habitantes y sanitarios contagiados.

El elevado número de personas infectadas suponen un riesgo para el resto de la población, a la vez que enferman y requieren cuidados sanitarios, con muchas frecuencias hospitalarias y críticas. Por ello, las emergencias de salud pública pueden originar trágicas limitaciones de recursos que impidan salvar vidas, que en otras condiciones de normalidad podrían salvarse. En estas situaciones, hay una tensión entre el enfoque de atención sanitaria centrado en el paciente -en condiciones normales- y el enfoque centrado en el grupo que se adopta -en condiciones de emergencia-.

En el estado de alarma en el que nos hemos encontrado, los intereses generales de la salud pública y en general del bien común pueden enfrentarse a los intereses particulares y requerir restricciones de los derechos individuales en favor de los primeros, incluso aunque dichas restricciones puedan afectar a sus derechos fundamentales y libertades públicas, siempre que no comprometan el contenido esencial de los mismos, según ha declarado nuestro Tribunal Constitucional. La imposición de la prevalencia de los intereses generales frente a los individuales en una situación de pandemia, no debe invadir el contenido esencial de estos derechos fundamentales, estando sometida a los principios de equidad, no discriminación, solidaridad, justicia y proporcionalidad. Y durante la pandemia se ha vulnerado claramente el derecho fundamental a la intimidad, no siempre de forma justificada ni proporcional.

No nos estamos refiriendo lógicamente a las notificaciones de las EDO, que son esenciales para tomar medidas de salud pública por parte de las autoridades sanitarias para el control de los brotes epidémicos, sino al anuncio público e indiscriminado de la sospecha o confirmación de casos COVID. Hemos visto como en medios de comunicación se daban nombres y apellidos de personas infectadas por SARS-CoV-2: políticos, famosos, deportistas



profesionales, etc. Desde la esposa del presidente del Gobierno hasta el Dr. Simón. Recientemente se ha hecho público que el tenista profesional Novak Djokovic y otros acompañantes suyos se contagiaron durante una fiesta en Belgrado. En este último caso fue el propio tenista el que emitió un comunicado a la prensa, pero no ha sido así en todos los casos. Últimamente estamos asistiendo a “confinamientos selectivos” con los nuevos brotes, en los que se aísla a un edificio de vecinos o una vivienda determinada, de la cual dan puntual información y detalles de localización, ocupantes y circunstancias personales los medios de comunicación, acompañado por si no fuera suficiente para identificar a tales inquilinos, de imágenes grabadas. La situación de contagiado, confinado, o simplemente de ser persona de riesgo de haberlo contraído, ha dado lugar también incluso a estigmatización de determinadas personas y presiones en determinadas comunidades de vecinos, llegando a pedir a sanitarios o empleados de supermercados que se abstuvieran de habitar en sus casas durante un tiempo y las abandonaran, si bien es verdad que estas conductas han sido minoritarias en comparación con la solidaridad y apoyo que ha mostrado la mayor parte de la población.

El art. 7 de la LAP regula que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por Ley. Por otra parte, la LO 3/1986 de Medidas especiales en materia de salud pública, solo ampara que la “autoridad sanitaria” para controlar enfermedades transmisibles puede adoptar las medidas oportunas para el control de enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible. Ello puede implicar, desde luego, el control del paciente, el control de los contactos y convivientes del paciente (que en este caso pueden tener conocimiento de la persona infectada con la que han mantenido contacto) y las medidas obligatorias de aislamiento o cuarentena, que en ocasiones extremas se pueden imponer

incluso contra la voluntad del afectado. No obstante, ni siquiera a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado se les deben proporcionar los datos médicos confidenciales de estos pacientes, aun cuando estas sean las encargadas de vigilar que se cumple dicho aislamiento.

En un informe reciente elaborado por esta Comisión, titulado *“Consideraciones sobre la obligación legal y el deber ético y deontológico de comunicar a miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado la existencia o no de indicación de confinamiento durante la pandemia por COVID-19”* hemos opinado que, en situaciones de urgencia donde se ponga en riesgo la Salud Pública, el canal de transmisión de los datos clínicos, protegidos por el deber de secreto, debería ser: comunicación del facultativo a la Administración de Justicia del incumplimiento de la indicación médica y del riesgo de daño para los ciudadanos; y será la autoridad judicial, la que ordene a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado la localización del paciente y la ejecución de las medidas sanitarias que estén previstas, incluso con ingreso hospitalario. Si fuera posible, el médico debe limitarse, cuando la solicitud es judicial y sin mediar delito, a la indicación de aislamiento y confinamiento domiciliario u hospitalario, y al período de duración establecido, dejando constancia de ello en la historia clínica.

Por otra parte, y entre las posibles medidas de control a la población para contener los contagios, se ha estado hablando también de la idoneidad de establecer un “pasaporte COVID”. Sin embargo, la opinión mayoritaria de la comunidad científica es la de rechazar por ahora los pasaportes inmunitarios, tanto por razones técnicas como éticas.

La principal objeción técnica es la falta de fiabilidad de los actuales tests rápidos de anticuerpos contra el coronavirus, y como consecuencia las conductas más preocupantes vendrían por el comportamiento de los falsos positivos que se crearían inmunes y pueden propagar fácilmente la enfermedad



al no adoptar precauciones, con comportamientos descuidados o temerarios. Incluso en los casos en que el resultado del test es correcto, se desconoce aún qué nivel de protección frente al coronavirus ofrecen los anticuerpos detectados y cuánto durará esta inmunidad. Por otra parte, una PCR negativa solo indica la ausencia de infección activa en el momento actual, pero dicha infección puede contraerse en cualquier momento ulterior.

Con relación a las consideraciones éticas, autorizar los certificados de inmunidad puede abrir la vía a nuevas formas de estratificación social, estigmatización y discriminación. Y aquí hay que considerar también que no toda la población tiene acceso igualitario a test serológicos y PCR.

## **II. CHARLATANISMO.**

En otro orden de cosas, la avalancha de acontecimientos adversos que ha engendrado esta pandemia, ha cambiado la seguridad personal al amenazar nuestra salud y hasta la vida. El desasosiego de no disponer de un tratamiento probado eficaz para los pacientes, y las condiciones de miedo y ansiedad que han vivido los profesionales sanitarios por tener que enfrentarse casi desarmados contra este virus traicionero, han generado otros conflictos relacionados con las discrepancias entre colegiados y con la difusión de información médica no contrastada y por medios de comunicación no científicos como prensa y redes sociales.

A cualquier hora y por cualquier medio, hemos podido ver y oír a médicos, científicos e investigadores haciendo apariciones públicas con opiniones, resultados de investigaciones u observaciones, muy a menudo contradictorias, sin tener base probada ni evidencia científica, probablemente por la premura y falta de tiempo para la comprobación. Todos tenemos prisa en encontrar la solución que mitigue o resuelva el drama sanitario-asistencial.

Esto da lugar a declaraciones precipitadas, sin la valoración serena de sus consecuencias y que pueden calificarse de imprudentes.

Cuando se intenta conocer cuál es el comportamiento epidemiológico o el tratamiento óptimo de la infección por el virus COVID-19, actualmente son mayores las incertidumbres que las certezas. Ello no es debido a la debilidad del método científico sino al corto tiempo que ha transcurrido entre el nacimiento de esta enfermedad (en el mes de diciembre del 2019) y el momento actual. En solo unos meses ha sido imposible desarrollar ensayos clínicos de suficiente potencia para permitir establecer con exactitud ni todos los mecanismos de transmisión del virus, ni tampoco el tratamiento óptimo de la enfermedad. La infección por virus COVID-19 tiene dos características relevantes, uno su alto nivel de contagiosidad, y otro el generar un cuadro clínico grave e incluso mortal especialmente en determinados grupos etarios. Sobre estos fenómenos han sido establecidas múltiples hipótesis que aún han no han podido ser aceptadas ni rechazadas. La precisión y exactitud diagnóstica de determinados tests está aún en estudio, el periodo de duración del cuadro clínico también lo está, y la vulnerabilidad de determinados pacientes a la infección por este virus precisa aun del análisis y comprobación de determinados mecanismos fisiopatológicos que la expliquen.

Los fenómenos clínicos generados por la infección por el virus COVID-19 incluyen un amplio espectro de manifestaciones. Existen pacientes que sufren el contagio y no presentan manifestaciones clínicas; otros por el contrario presentan fenómenos clínicos singulares como es el caso de la anosmia, mientras que otros llegan a desarrollar un cuadro de neumonía grave con hipoxemia severa que en ocasiones puede llevar al paciente hasta la muerte.

El tratamiento actual de dicha enfermedad está aún sujeto a controversia. El empleo de determinados fármacos antiinflamatorios está cuestionado, ya que al parecer pueden asociarse a una mala evolución. El uso de ciertos

medicamentos como la hidroxiclороquina parece que ha supuesto una importante aportación al arsenal terapéutico de este cuadro clínico. No obstante, actualmente ningún ensayo clínico controlado y aleatorizado ha demostrado la eficacia de estos medicamentos para el tratamiento de pacientes con COVID-19. Hasta el momento, la información disponible sobre su acción antiviral procede de estudios *in vitro* y series de pacientes con limitaciones de tamaño y metodología. Se están llevando a cabo diferentes estudios para evaluar su eficacia y seguridad frente al SARS-CoV-2, que aunque cuentan con datos muy limitados, parecen indicar que la cloroquina/hidroxiclороquina constituyen un potencial tratamiento para COVID-19 y se están utilizando en la práctica clínica de forma extensa en estos pacientes, a dosis superiores a las recomendadas en sus indicaciones autorizadas -frecuentemente en asociación con azitromicina-. Si bien, entre otros efectos adversos, aumenta el riesgo de prolongar el intervalo QT del electrocardiograma (ECG) por lo que hay que extremar las precauciones y realizar un estrecho seguimiento de los pacientes en caso de administrarlo.

A fecha de hoy tampoco está bien establecido qué fármaco antiviral es el más adecuado para el tratamiento de la infección. Justamente la Comisión europea acaba de anunciar la autorización condicional (inicialmente válida para un año) para la comercialización de Remdesivir en el tratamiento del Covid-19. El medicamento está indicado en adultos y adolescentes (mayores de 12 años con un peso corporal de al menos 40 kg.) con neumonía grave y que requieren oxígeno suplementario. La autorización de comercialización condicional está respaldada por el ensayo global fase III llevado a cabo por el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos.

Aunque el empleo de ciertas drogas, como pudieran ser los corticoides estaría justificado desde un punto de vista teórico, su empleo terapéutico a nivel sistémico, y sobre todo altas dosis podría conllevar en el paciente una inmunoparesia y en consecuencia un incremento de la susceptibilidad a otro



tipo de infecciones. Fenómenos frecuentemente asociados a la infección por virus COVID-19 en sus niveles más graves, como es por ejemplo la predisposición a la trombosis en la microcirculación pueden ser interpretados como epifenómenos sin relevancia clínica, como marcadores de gravedad del cuadro, o incluso como fenómenos fisiopatológicos que deben ser tratados de modo específico.

El nivel de incertidumbre actual del manejo óptimo de la infección por el virus COVID-19 es consecuentemente alto. La ausencia de ensayos clínicos de alto nivel, como puedan ser ensayos aleatorizados doble ciego con terapéuticas o fármacos específicos, hace que actualmente las recomendaciones terapéuticas estén basadas en la mayor parte de las ocasiones en una asociación a la "posibilidad de recuperación" más que a una "alta probabilidad de curación".

Por ello, la divulgación por parte de profesionales de la medicina, o ciencias afines, en medios de difusión fuera del ámbito científico, de opiniones no contrastadas sobre la atención a pacientes con infección por virus COVID-19 puede conllevar múltiples riesgos. Entre ellos se encuentran: la alerta injustificada de la población, la generación de falsas esperanzas de curación al intentar simplificar el complejo manejo de esta infección, o incluso, la acusación indirecta de negligencia médica a médicos que no están empleando dichas técnicas terapéuticas no probadas.

También se han producido polémicas públicas entre facultativos por discrepancias y críticas muy ácidas, o incluso denuncias judiciales. En algunos casos se han podido identificar rasgos de afán de notoriedad, de fanatismo en el sentido de tener una idea-inspiración que se considera "salvadora" para los pacientes o el entorno, e incluso el sentirse en el deber de transmitir aquello "que yo sé", "que yo veo" a otros, que permanecen en la ignorancia. Se pierde el sentido de realidad y, sobre todo, las referencias a las vías lícitas y legítimas por



las que se deben llevar en Medicina y en Ciencia los “descubrimientos” personales y lo que puede ser una solución o mejora a un problema colectivo.

El Código de Deontología médica tiene todo esto muy en cuenta y por ello dice en sus artículos: 26 *“1.-El médico debe emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente. 2.- No son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos la curación, los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces, la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas y el uso de productos de composición no conocida”.*

Y en relación con el respeto y deber de confraternidad entre los médicos, el Código de Deontología establece en el Artículo 37.1. *“La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen preferencia los derechos del paciente”.* 3.- *“Los médicos se abstendrán de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas. Hacerlo en presencia de sus pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante”.* Art. 38.3. *“Las discrepancias entre los médicos no han de propiciar su desprestigio público. Se evitará el daño o el escándalo, no estando nunca justificadas las injurias a un colega. Se evitarán las polémicas públicas; las divergencias se resolverán en el ámbito profesional o colegial”.*

Parece evidente, que las conductas sobre las que nos estamos pronunciando, se encuadran perfectamente como contrarias a lo que el Código exige como un deber de los médicos, que siempre deben actuar en beneficio de los pacientes. Por ello, desde los Colegios de Médicos y desde sus Comisiones de Deontología, se debe llamar al respeto de estas normas. Hoy más necesarias que nunca, porque los ciudadanos sanos y enfermos necesitan asideros y referencias que les garanticen que los médicos velan por su seguridad, su salud y su vida y que, como siempre, pueden confiar en que son

el centro de la Medicina y se hará lo mejor para ellos, en el fondo, y también en las formas.

### III. ENSEÑANZAS Y PROPUESTAS DE FUTURO.

En estos tiempos de pandemia y dificultad se hace más necesario que nunca sujetarse a los preceptos del Código Deontológico para evitar daños individuales a los pacientes y no caer en la confusión y el descrédito de la Medicina. No está justificado desvelar los datos de los pacientes infectados, salvo a las autoridades sanitarias y únicamente para que se puedan tomar medidas de salud pública que limiten los contagios al resto de la población. No estaría de más recordar también a los profesionales de los medios de comunicación la necesidad de cumplir con el Código Deontológico del periodismo en España. En concreto, el artículo 4 establece que:

*“Sin perjuicio de proteger el derecho de los ciudadanos a estar informados, el periodista respetará el derecho de las personas a su propia intimidad e imagen, teniendo presente que:*

- a) *Solo la defensa del interés público justifica las intromisiones o indagaciones sobre la vida privada de una persona sin su previo consentimiento.*
- b) *Con carácter general deben evitarse expresiones, imágenes o testimonios vejatorios o lesivos para la condición personal de los individuos y su integridad física o moral.*
- c) *En el tratamiento informativo de los asuntos en que medien elementos de dolor o aflicción en las personas afectadas, el periodista evitará la intromisión gratuita y las especulaciones innecesarias sobre sus sentimientos y circunstancias.*

d) *Las restricciones sobre intromisiones en la intimidad deberán observarse con especial cuidado cuando se trate de personas ingresadas en centros hospitalarios o en instituciones similares.*

e) *Se prestará especial atención al tratamiento de asuntos que afecten a la infancia y a la juventud y se respetará el derecho a la intimidad de los menores."*

Y en lo referente a la difusión apresurada en medios de comunicación y redes sociales de resultados de investigaciones u observaciones, muy a menudo contradictorias, sin tener base probada ni evidencia científica, conviene aplicar la misma receta que para lo anterior, que no es otra que someterse a las normas deontológicas. Esto es, *"emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente. Y además, "difundir los resultados de su investigación o experiencia clínica en medios estrictamente profesionales en primer lugar", "evitando dar a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no demostrada o exagerar esta"* (art. 64 del CD). Si esto se hace de forma correcta, en los ámbitos profesionales, se evitarán los enfrentamientos públicos, el descrédito y la pérdida de confianza en los médicos y en los científicos por parte de los ciudadanos que no sabrán a quién creer, ni en quién depositar su confianza y esperanza.



## CONCLUSIONES

- Aun en situaciones de emergencia por una pandemia no está justificado desvelar los datos de los pacientes infectados, salvo a las autoridades sanitarias y únicamente para que se puedan tomar medidas de salud pública que limiten los contagios al resto de la población.
- En lo referente a la difusión apresurada en medios de comunicación y redes sociales de resultados de investigaciones u observaciones, sin base probada ni evidencia científica, conviene no olvidar las recomendaciones del Código de Deontología, y emplear preferentemente procedimientos o fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente, además de difundir primero dichos resultados en medios estrictamente profesionales, desprovistos de premura o sensacionalismo.



## CAPÍTULO XI

### LOS PROFESIONALES SANITARIOS, TRABAJADORES ANTE EL COVID-19

*Dra. María Castellano Arroyo*

#### I. INTRODUCCIÓN

Los trabajadores sanitarios y, particularmente los médicos, desarrollan un trabajo organizado y sistematizado, de manera que al igual que ocurre con otras actividades laborales se ve regulado por la legislación laboral general, desde la que se establece la protección de los trabajadores para que se prodiguen políticas preventivas y de protección a la salud, y para que, en caso de producirse daños, derivados de la realización de su trabajo, esté prevista la justa y equitativa reparación. Ningún trabajador en situación legal desarrolla su tarea sin una cobertura social aseguradora de sus riesgos.

El primer reconocimiento del derecho a reparación por los daños del trabajo se produjo en la Ley de Dato de 1900 que identificó como contingencia el accidente de trabajo (AT). No fue hasta 1963 cuando se promulgó la Ley de Bases de la Seguridad Social, en la que se reconocía la enfermedad profesional (EP) como una entidad de características distintas al AT, aunque ambas tenían en común, el trabajo como elemento esencial. Es el Real Decreto 8/2015, de 30 de octubre, el que recoge la Ley General de la Seguridad Social en su último texto refundido que define la EP en el artículo 157: "*... es la que se contrae a consecuencia del trabajo... en las actividades que se especifiquen, presentando el cuadro clínico que se establezca y que esté provocada por los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada una de las enfermedades profesionales*". Esta normativa es coincidente en Europa, que lleva de forma conjunta la notificación y registro de las EP ocurridas en cada país (última modificación en el Real Decreto 257/ 2018 de 4 de mayo).



La ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, establece las obligaciones de los empresarios y empleadores para la protección de la salud, a través de la "Vigilancia de la salud", actividad que llevan a cabo los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (propios o ajenos), con los exámenes en salud, que consisten en reconocimientos periódicos de los trabajadores: anuales, semestrales o trimestrales, según el riesgo de cada actividad laboral, que tiene que estar identificado y evaluado. Los protocolos de estos exámenes son específicos para cada actividad, al objeto de detectar en estadios iniciales cualquier efecto patológico relacionado con el trabajo. La colaboración entre los médicos especialistas en Medicina del Trabajo responsables de estos exámenes y los médicos de Atención Primaria asignados, a cada una de estas personas trabajadoras, por el Sistema nacional de salud, debe ser estrecha y fluida, porque, a veces las patologías no son absolutamente independientes ni bien delimitables.

Según el Gobierno de España. la última cifra de personas infectadas en España por COVID-19 (confirmadas por PCR) han sido 245.268 casos (20 de junio de 2020); mientras que desde los Colegios profesionales, se estiman en más de 51.000 los profesionales sanitarios infectados, significando algo más del 20% del total, siendo esta la cifra la más alta de los países de nuestro entorno.

En el origen de esta situación, están sin duda, las condiciones en que se ha desarrollado la asistencia sanitaria a los pacientes en centros de salud, hospitales y en las residencias de mayores, en las semanas álgidas de la pandemia, últimas de marzo y primeras de abril. Han sido públicas las imágenes de médicos, enfermeras, auxiliares, cuidadores con una mascarilla como única medida de protección (en ocasiones para uso de varios días), y con un recubrimiento corporal de elaboración propia a base de bolsas de plástico y otros materiales de uso doméstico (fundas de folios, plásticos diversos, telas impermeables...).



Las instituciones y entidades que han solicitado de los organismos oficiales la protección física efectiva y la protección legal de estos profesionales han sido entre otros: el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), ante el Ministerio de Sanidad y el de Trabajo y Economía (4 de mayo de 2020); la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), el Consejo Andaluz de Colegios Médicos (CACM), algunos partidos políticos y hasta la OMS. El propio Tribunal Supremo conminó al Ministerio de Sanidad a proporcionar a los trabajadores sanitarios los EPIs imprescindibles para su seguridad y protección de su salud, ante la denuncia sindical. Sin embargo, esos equipos no llegaron cuando más necesarios eran y las desastrosas consecuencias no se hicieron esperar. Ante la gravedad de la situación, la Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios Médicos consideró necesario y oportuno elaborar un protocolo sobre la situación laboral de los infectados y los documentos médicos-legales que iban a ser necesarios para acreditar su situación y acogerse a la protección a la que tenían derecho (26 de abril de 2020). El objeto era que, ante el diagnóstico de infección por COVID-19, se considerara, a efectos de cobertura asistencial y económica, la situación protegida correspondiente. Estas situaciones, estaban ya consideradas desde 1900 y 1965, como se ha dicho, y actualizada su normativa de protección en fechas de 2015, y son el accidente de trabajo (AT) y la enfermedad profesional (EP). La normativa es concreta y rigurosa y ha ido incorporando los progresos médicos en el diagnóstico y tratamiento, así como las medidas de protección que frente a los crecientes riesgos químicos, físicos, mecánicos, biológicos y otros, se han ido demostrando útiles y necesarias.

Se define el AT como: *Toda lesión que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena.* Se recogen, junto al principio general, amplio e inclusivo, circunstancias concretas de AT que podrían generar dudas, manifestando que en general se presume AT toda lesión

o daño que sufre el trabajador en el lugar de trabajo, o en el desplazamiento al mismo. Habitualmente se trata de situaciones imprevisibles e inesperadas.

La EP también se caracteriza por ser una patología relacionada con el trabajo, sin embargo, esta es previsible y, por tanto, se considera evitable, ya que el elemento etiológico es conocido, así como sus posibles efectos y consecuencias patológicos. Sin embargo, estos elementos capaces de causar daño a los trabajadores, son necesarios para el desenvolvimiento social y económico, por lo que se asume el riesgo que generan, y se acepta el compromiso de poner todas las medidas de prevención posibles y de recompensar o reparar económicamente el daño, en el caso de que este se produzca. El Código penal, tipifica como conductas delictivas el incumplimiento de estos deberes por parte de los empresarios y empleadores.

En el momento actual la normativa sobre la EP está armonizada en Europa, siendo compartidos los criterios respecto a los elementos y circunstancias etiológicos capaces de ocasionarla, así mismo están establecidos los cuadros clínicos con derecho a reparación y las normas de atención a los trabajadores para su curación y valoración de secuelas si estas se producen.

En orden a que ninguna situación quede sin reparación, se sigue el principio de que si una patología ocurrida en el desempeño de un trabajo, no se corresponde con la situación de EP, porque no cumple alguno/s de los criterios concretos y específicos exigidos, se considerará AT, (es lo que ocurrió con el VIH, cuando se trataba de un agente infeccioso nuevo, no incluido en la lista de agentes biológicos, y que cuando se conocieron los mecanismos de contagio, pasó a incluirse, específicamente, en la lista). La actual lista de EP infecciosas (y de otros tipos) es muy amplia.



## **II. PROTOCOLO DE LA COMISIÓN DE DEONTOLOGÍA DEL CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS MÉDICOS (CDCACM).**

Los miembros de la CDCACM, antes de acometer el proyecto de elaborar un Protocolo referido a la situación de los profesionales sanitarios y los médicos en particular que, en el ejercicio de su trabajo contrajeran la infección por COVID-19, procedimos a un método a fin de que el trabajo resultante estuviera bien fundamentado y fuera beneficioso y útil para todos los afectados.

Recogimos la documentación científica respecto a la naturaleza del agente infeccioso causal (COVID-19) y, de otra parte, la normativa legal prevista para la protección de quienes contrajeran la infección en el desempeño de su trabajo. Ante la cuestión “¿Se ajusta a un AT, o a una EP?”, la respuesta fue que cumplía todos los criterios previstos para calificar estos cuadros clínicos como EP.

También consideramos la necesidad de que el Protocolo recogiera los documentos médico-legales necesarios en el habitual procedimiento que deben seguir las patologías en el ámbito de la Medicina del Trabajo y la Salud Laboral. De esta manera, el Protocolo ayudaría a los médicos, encargados de prestar la asistencia sanitaria a sus colegas infectados y a los profesionales que contrajeran la enfermedad, a tramitar estas situaciones, ante la administración, de forma adecuada a la ley, simplificando y esclareciendo los aspectos burocráticos que facilitarían los trámites previstos.

Como consecuencia, la primera conclusión fue el acuerdo unánime de que el contagio por COVID-19 en la actividad asistencial debía considerarse enfermedad profesional (EP); ya que el contagio era la consecuencia del contacto con personas infectadas, al prestarles asistencia, cada día y en diversos ámbitos (urgencias, centros de salud, servicios de hospitalización, residencias o domicilios).



El primer criterio para que esto fuera legal, se cumplía de forma directa, al estar el agente productor de la enfermedad (COVID-19) en la lista de enfermedades profesionales, en el Grupo 3. "Enfermedades producidas por Agentes Biológicos". Esto era ya así en la lista de EP del Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo que incluye a los Coronaviridae, entre los agentes etiológicos de EP.

Los siguientes criterios hacen referencia a las enfermedades resultantes y en tercer lugar a las actividades en las que existe el riesgo de contraer esta enfermedad. En estos apartados figuran: *"Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección..."*. Respecto a las actividades de riesgo figuran: *"personal sanitario (3A0101); personal sanitario y auxiliar de instituciones cerradas (3A0102); personal de laboratorio (3A0103); ...; trabajadores de laboratorios de investigación o análisis clínicos (3A0105); trabajos de toma, manipulación o empleo de sangre humana o sus derivados (3A0106); odontólogos (3A0106)... y Cualquier otra actividad no reflejada en el apartado anterior, y que suponga la exposición a una fuente de contagio derivada de la actividad profesional"*. Respecto a su codificación CIE: CIE-9MC: *Enfermedades infecciosas y parasitarias: 001.039; CIE-10: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias: A00-B-99"*.

Por todo lo dicho, hay fundamento legal para considerar que el personal sanitario y los médicos en particular, que han participado en la asistencia sanitaria durante esta pandemia y, han estado en contacto con enfermos o portadores sanos, y que han manifestado síntomas y diagnóstico de infección por COVID-19, deben ser considerados como trabajadores afectados de una EP. Acreditado esto, la presunción es que el contagio se ha producido allí donde estaba el riesgo.

Procedimiento administrativo a seguir:

Cuando un trabajador enferma, el diagnóstico y tratamiento se lo proporciona su médico de familia en Atención Primaria, es éste médico el que le da la Incapacidad Temporal (IT), o baja laboral; cuando es por enfermedad común (sin relación con el trabajo); será este médico el que mantenga la IT, mediante los partes de confirmación de la baja, hasta que se produzca el alta (habitualmente por mejoría o curación). Puede suceder que la evolución no sea favorable y que se establezcan unas secuelas que den lugar a una incapacidad permanente (IP), que deberá calificarse en los estadios previstos de: incapacidad permanente parcial (IPP), incapacidad permanente total (IPT), incapacidad permanente absoluta (IPA) y gran invalidez (GI).

Cuando la IT se ha debido a AT o a EP, será la Mutua Colaboradora de la Seguridad Social, la que a través de sus servicios médicos preste la asistencia al trabajador hasta su situación final, y la que, si se trata de EP, comunique al registro europeo el diagnóstico y los datos específicos del caso.

Sea cual sea el médico que presta asistencia al trabajador enfermo, serán precisos una serie de actuaciones y documentos médico-legales que se realizarán de forma correcta para simplificar los procedimientos administrativos y ayudar al profesional enfermo a sobrellevar mejor su situación.

Las actuaciones y los documentos son:

1. Realizar pruebas diagnóstico de certeza mediante PCR, para confirmar el contagio.
2. Historia clínica completa que recoja síntomas y signos que junto a pruebas analíticas y de imagen sostengan el diagnóstico y permitan periciales posteriores, si es necesario.

3. Encuesta epidemiológica que demuestre que el contagio ha sido posible, con un alto nivel de certeza, con ocasión o a consecuencia del trabajo asistencial del enfermo.

4. Es importante dejar constancia de las condiciones en las que el médico enfermo ha desarrollado el trabajo respecto a las medidas de protección, puestas a su disposición, lo que añade un plus de evidencia cuando el trabajador enfermo no ha dispuesto de los medios recomendados, lo que puede influir en la cuantía de las indemnizaciones, y llegar a ser delictivo para el empleador que tiene el deber legal de velar por la seguridad de los trabajadores.

Si el resultado de la enfermedad es la muerte, es posible que ante dudas razonables se proponga la realización de la autopsia judicial, ya que se trata de un agente externo, ajeno al individuo y por tanto "no natural", y con consideración de "naturaleza violenta". Es recomendable que se practique esta autopsia, porque ante dudas posteriores, una vez se haya producido la inhumación o la cremación, será más difícil de probar con certeza la existencia de la enfermedad.

El Certificado de Defunción debe ser preciso en cuanto a los términos médicos que reflejen las causas "inmediata", "intermedia" y "fundamental" de la muerte. Así, la causa inmediata dependerá de la forma clínica que ha manifestado el enfermo concreto (fibrosis pulmonar, trastornos de coagulación intravascular, hemorragia cerebral...); La intermedia suele ser el fracaso del organismo frente a los daños que sufre y que acaba en un fracaso multiorgánico, y la causa fundamental será el COVID-19, como agente etiológico de la enfermedad sufrida.

Una vez realizado este Protocolo por la CDCACM, fue aceptado como propio por el Consejo Andaluz de Colegios Médicos y se publicó en la página web del mismo, alcanzando gran difusión y aceptación.



### **III. INSTRUCCIONES ADMINISTRATIVAS RESPECTO A LA SITUACIÓN DE CONTAGIO DE PROFESIONALES SANITARIOS Y OTROS.**

La magnitud de la pandemia, puso a la administración en situación que podemos calificar de “improvisación”, como ha ocurrido en otros ámbitos. El INSS y la Inspección médica se encontraron con los centros cerrados, el personal teletrabajando y, completamente desbordados. La instrucción recibida y trasladada a los médicos fue: “calificar el cuadro clínico como enfermedad común” y dar la Incapacidad Temporal (baja laboral) por enfermedad común, pero que la persona trabajadora afectada, cobrara como si se tratara de un AT. Se proponía que, más adelante, cuando la situación se hubiera distendido, cada trabajador/a afectados realizara su solicitud personal, de cambio a “contingencia profesional”, que se resolvería posteriormente de forma adecuada.

Con fecha 8 de junio de 2020 se ha publicado un “Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2”. (Ministerio de Trabajo y Economía Social, Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y Centro Nacional de Medios de Protección, asesorados por Sociedades científicas médicas y de enfermería del trabajo y otras instituciones y entidades. En este documento se recoge: “... se recogerán con carácter excepcional, situación asimilada a accidente de trabajo, exclusivamente para la prestación económica de incapacidad temporal del sistema de Seguridad Social, aquellos periodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocado por el virus SARS-Cov-2 (artículo 5 del Real Decreto ley 6/2020 de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública)...”. En la actualización de este documento, del 19 de marzo se dice “... serán los médicos del SPS los que emitan los partes de baja y alta en



*todos los casos de afectación por coronavirus, tanto en las situaciones de aislamiento, como en las de enfermedad y a todos los trabajadores y trabajadoras que por su situación clínica o indicación de aislamiento lo necesiten...". En el anexo I se aportan modelos para estas partes, los de confirmación y otros...*

*El Real Decreto-ley de 19/2020 de 26 de mayo dice: "... las enfermedades padecidas por el personal que presta servicios en centros sanitarios o socio-sanitarios... como consecuencia de contagio del virus SARS-Cov-2 durante el estado de alarma, tendrán consideración de contingencia profesional derivada de accidente de trabajo, cuando así se acredite por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral. Esta previsión se aplicará a los contagiados del virus hasta el mes posterior a la finalización del estado de alarma, acreditando este extremo mediante parte de accidente de trabajo que deberá haberse expedido dentro del mismo periodo de referencia. Esto implica, que desde el día 28 de mayo la emisión de partes de baja y de alta deberá se realizará por la Mutua colaboradora de la Seguridad Social que corresponda". Vemos, por tanto, que desde la administración se persiste en la calificación como AT, lo que en nuestra opinión no es adecuado a la normativa precisa y específica existente. Perseveramos en la propuesta de considerar a esta infección como EP.*

*Lo recogido en estas disposiciones (en nuestra opinión improvisadas) trasgrede y conculca las normas protectoras de los trabajadores instituidas y arraigadas desde décadas en la normativa laboral española. Puede entenderse, atendiendo a estas disposiciones que se indemnizarán como accidente de trabajo (AT), de forma directa, a los profesionales sanitarios contagiados entre el 28 de mayo y el 21 de julio y que los contagios anteriores se considerarán enfermedad común, aunque con indemnización similar al AT. Parece ser que así será. Lo que consideramos un atropello más contra los*

derechos de los trabajadores correspondientes, en este caso, a los trabajadores sanitarios. Como hemos ya dicho, esto generará una litigiosidad no deseable.

En Europa se dice que la Enfermedad Profesional está infradiagnosticada en todos los países, pero esto es más evidente en algunos de ellos, como España, donde muchas quedan calificadas de AT o incluso de enfermedad común. Al aplicar esta normativa, esta circunstancia se confirma de forma evidente. Lo dispuesto, impide aplicar toda la normativa de vigilancia y control de los puestos de trabajo, donde hay riesgo de contraer una EP, que, al ser previsible es muy exigente con la identificación de los riesgos y su control.

Desde la Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios Médicos, transmitimos, en los medios en los que tuvimos oportunidad, nuestra discrepancia con esta decisión, no conforme a la ley. Desde la Comisión volvimos a manifestar nuestra disconformidad, ya que nuestro criterio sigue siendo que esta enfermedad coincide en todas sus características con los criterios previstos para la EP.

#### **IV. APOYO DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES.**

Estas situaciones con alrededor de 50.000 profesionales infectados va a generar en el futuro mucha litigiosidad en juzgados de lo social, ante casos que no estén bien documentados en los que se invierta la carga de la prueba y sea el profesional enfermo el que tenga que demostrar que su enfermedad se originó en su trabajo asistencial. Por tanto, los Colegios Profesionales (médicos, enfermería, farmacia, veterinarios...) deben prever, dentro de su deber de apoyo a sus colegiados, un Servicio de valoración pericial de los casos, según la documentación clínica de que se disponga, o la que se pueda realizar ad hoc.

Otro aspecto que puede también, alcanzar gran importancia, será el de la valoración de las secuelas y las incapacidades que estas puedan ocasionar.



Estas pericias tienen muchas dificultades y deben ser realizadas por especialistas competentes, bien generales (médicos especialistas en Medicina Legal y en Medicina del Trabajo), o específicos (traumatólogos, neumólogos, neurólogos, etc. Y, finalmente, otro servicio o prestación que puede ser muy importante es la Rehabilitación y la Fisioterapia, a fin de recuperar al máximo la funcionalidad de cada paciente, según los casos.

Todo lo expresado en este apartado tiene especial interés, ya que el Código de Deontología Médica dice en el apartado 5 del artículo 62: *"El cargo de perito es incompatible con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada"*. Por tanto, quienes han asistido a un compañero enfermo podrán emitir informes clínicos, pruebas diagnósticas u otras informaciones al respecto, pero la interpretación y valoración pericial de los datos clínicos, tendrá que hacerlos "ex novo" un médico nombrado perito a tal efecto.

## **V. ¿SE HAN VISTO CONCULCADOS LOS DERECHOS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS COMO TRABAJADORES, ANTE LA INFECCIÓN POR COVID-19?**

La Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales y el Reglamento de los Servicios de Prevención que la desarrolla, cumplieron las directivas europeas que imponían *"... promover la mejora del medio de trabajo, para proteger la seguridad y salud de los trabajadores, fijándose como objetivo la armonización en este ámbito"*. La organización y funcionamiento de los Servicios de Prevención de riesgos laborales y de los departamentos de prevención de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social, con cargo a cuotas (Real Decreto 688/2005, Ley 32/2010, Real Decreto 843/2011...) dejaron bien delimitadas las responsabilidades preventivas, recayendo sobre los empresarios y empleadores el deber de protección en la vigilancia de la salud y la cobertura del AT y la EP. Así, los Servicios de Prevención de riesgos laborales, los Servicios de Salud Laboral hospitalarios y otras sociedades de prevención tienen



encomendadas tareas como: "... evaluación de los factores de riesgo que puedan afectar a la seguridad y la salud de los trabajadores. Determinación de prioridades en la adopción de las medidas preventivas adecuadas y vigilancia de su eficacia. Información y formación de los trabajadores... Vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos derivados del trabajo...".

Las informaciones e imágenes de los medios de comunicación, de todo tipo, han puesto de manifiesto y como regla general, la falta de medidas de protección en todos los ámbitos y niveles asistenciales (mascarillas y guantes como más elementales, pero también EPIs adecuados al nivel de riesgo (UCIs, salas de hospitalización, residencias, atención primaria, servicios del SAMUR y traslado de enfermos, etc.). Por lo tanto, es una consideración compartida por la sociedad, en general que los profesionales sanitarios (también los de otros ámbitos igualmente comprometidos con el contacto con enfermos y fallecidos), han desarrollado su trabajo, en las semanas álgidas de la pandemia, sin la protección necesaria para preservar su seguridad y su vida.

Estas situaciones, se convertirán, en un futuro próximo, en reclamaciones concretas y en litigios cuyos pronunciamientos dependerán de cada caso y de cada ámbito judicial, etc. Ya ha habido una sentencia del Juzgado contencioso-administrativo de Teruel condenando al Gobierno de Aragón, ante una denuncia sindical y de asociaciones de médicos de Atención primaria, por no haber proporcionado a los trabajadores los medios de protección necesarios para evitar los contagios, en el desarrollo de su trabajo, decía así la Sentencia de 4 de junio de 2020 respecto a si se habían conculcado derechos fundamentales: "*existe tan íntima relación entre la salud y la integridad física que podría existir vulneración del artículo 15 de la Constitución, cuando se genera un riesgo grave para la salud omitiéndoles las obligaciones de protección y prevención que competen al empleador...*".

Los profesionales sanitarios y los médicos en particular deben conocer y experimentar que tienen en sus Colegios Médicos el respaldo y apoyo suficiente y necesario para defender sus derechos como trabajadores cuando han visto afectada su seguridad y su salud. Más importante es esto aún para las familias de los médicos fallecidos que al dolor irreparable de la pérdida, pueden tener que añadir, la ausencia de reconocimiento de que el daño se produjo en el cumplimiento heroico de su trabajo y sin la protección necesaria para evitarlo. Es preciso proporcionarles el asesoramiento jurídico y médico-legal, y el apoyo especializado respecto a documentos, informes, valoraciones, etc., que necesiten en el proceso de reconocimiento y defensa de sus derechos. Estos son ahora los deberes deontológicos "prima facie", de todos los médicos colegiados.

## CONCLUSIONES

- Los médicos como trabajadores tienen reconocido el derecho a la protección de la salud, a su seguridad y a su vida. La gestión política de la pandemia por COVID-19 ha dado lugar a que los médicos hayan trabajado, hasta la extenuación y sin los equipos de protección individual (EPI) necesarios y exigibles en derecho (Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales), lo que ha ocasionado numerosos contagios.
- La infección por COVID-19 reúne los criterios médicos y legales para ser considerado un riesgo biológico de consecuencias graves e incluso mortales, por lo que legalmente se debe considerar enfermedad profesional (EP), a todos los efectos previstos en la legislación laboral española.
- Las decisiones legislativas que se han ido produciendo a lo largo de la evolución de la pandemia (Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2, de 8 de junio de 2020), han evitado reconocer este derecho, recurriendo a



calificaciones inadmisibles (enfermedad común, pero con tratamiento económico de accidente de trabajo (AT); accidente de trabajo pero limitando las fechas del contagio, etc.). Los Colegios Profesionales y la Organización Médica Colegial (CGCOM), ha prestado y debe seguir prestando, todo su apoyo a los médicos víctimas de la infección para el reconocimiento y la protección de los derechos de todos los que han perdido la vida, o han padecido la enfermedad y las secuelas que se siguen describiendo a día de hoy.

- El Código de Deontología Médica (art. 5 y 6) recoge el espíritu hipocrático que sigue guiando a la profesión médica: la aceptación del riesgo desde la generosidad y la entrega; aunque traspasar el límite de lo heroico debe ser una decisión personal. En la asistencia médica vivida durante la etapa álgida de la pandemia, en numerosos lugares y centros se ha llegado con frecuencia a situaciones de auténtico heroísmo, lo que debe ser reconocido, al menos en los términos que dice la Ley. Sería hermoso que, además, se pusieran de manifiesto acciones administrativas que mejoren situaciones mantenidas de precariedad, y sentimientos de respeto y agradecimiento.



## CAPÍTULO XII

### CUESTIONES MÉDICO LEGALES: LA BUROCRACIA DURANTE LA PANDEMIA

*Dr. Manuel Checa González*

Màrius Belles, físico y profesor de Secundaria y Bachillerato, y Daniel Arbós, biólogo y periodista científico, en su manual *"14 maneras de destruir a la humanidad"* (Next Door Publishers), afirman que *"Los grandes asesinos de la historia son las bacterias y los virus, y en concreto los que han provocado las grandes epidemias de la historia."*

Hasta la fecha, las pandemias más letales, por orden, han sido la Viruela, el Sarampión, la "Gripe española de 1918", la Peste negra y el VIH. El más letal de los virus de esta lista, el "Variola mayor", causante de la viruela, hoy erradicada gracias a las vacunas, no provocó brotes epidémicos, pero durante su larga existencia de siglos se calcula que dejó un rastro de 300 millones de muertes, hasta casi dos millones anuales en la primera mitad del siglo XX hasta su erradicación, el principal objetivo de la OMS desde 1950, iniciando una campaña de vacunación masiva en 1959 y siendo registrado el último caso en el mundo en 1977 en Somalia. Por su parte, el sarampión responsable de unos 200 millones de muertes hasta la consecución de su vacuna en 1963, sí originaba importantes epidemias cada 2 o 3 años, llegando igualmente a los casi dos millones de muertes anuales durante aquellas. En otro extremo, la mal bautizada como "gripe española de 1918", con menor número de muertes registradas, se calcula que entre 50 y 60 millones entre 1918 y 1920, un 3% de la población mundial de 1.825 millones de personas en aquel entonces, causó una de las crisis sanitarias más graves de la historia, dada la concentración de casos. La "Yersinia pestis" fue responsable nada más que en Europa de reducir su población en dos tercios. El último de los grandes microorganismos letales humanos ha sido hasta la fecha el VIH, descubierto hace ahora casi 40 años, que se estima responsable,



hasta 2018, de la infección de 74,9 millones de personas en el mundo así como de 32 millones de muertes relacionadas con el mismo (ONUSIDA, <https://www.unaids.org/es/whoweare/about>).

La OMS y otras organizaciones, hasta la aparición oficial del SARS-COV-2 y su manifestación clínica como COVID-19, avisaba del riesgo de nuevas pandemias en la población mundial, así como las posibilidades de paso de virus de animales a humanos, como ya sucedió con el VIH y posteriormente casos como el SARS, MERS, la gripe aviar o la encefalopatía espongiiforme bovina, causada por priones capaces de pasar al ser humano al consumir carne bovina infectada.

No obstante, en el caso de los grandes asesinos epidémicos o pandémicos del ser humano, ha de atenderse no solo a su capacidad letal, sino a su capacidad de infección de forma concentrada, lo que depende de su índice reproductivo básico, lo que originó la grave crisis sanitaria de 1918 por la gripe española y la actual crisis sanitaria mundial con el nuevo enemigo descubierto en diciembre de 2019, el SARS-COV-2, que hasta estas líneas es responsable de 15 millones de casos y 600.000 muertes en el mundo en solo ocho meses.

Y es de estas crisis sanitarias de donde se ha de sacar la mayor información y experiencia, tanto del "enemigo" en sí como de la forma de poder combatirlo en tan corto espacio de tiempo para evitar el colapso de los sistemas sanitarios a nivel mundial, lo que dejaría y puede dejar un dramático rastro letal.

No depende tanto pues del poder de las naciones o de sus presupuestos, sino de la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios y por supuesto de la capacidad de respuesta de sus administraciones.

Y en este sentido, y solo en éste, van dirigidas estas líneas, considerando que, si bien una pandemia como la actual, y la mundial crisis sanitaria derivada, puedan ser circunstancias imprevisibles, aunque discutible y lo que sería motivo de otras líneas, y por tanto su gestión no es tarea fácil para ningún gobierno, lo



que a su vez justifica que se pueda o deba improvisar, no es tan justificable que esta improvisación alcance todos los niveles y sistemas, hasta los más básicos y esenciales como es el sanitario, improvisación en ocasiones, por no decir la mayoría de las veces, reglamentaria y normativa, lo que consideramos “burocracia médica”.

Es imprescindible que un Sistema Sanitario, como cualquier otro sistema de servicio a la Sociedad, cuente con bases científica y administrativa o normativa para un adecuado funcionamiento, no podría ser de otra manera. No obstante, ambas han de ser eficaces y equilibradas en su justa medida. Si el impulso científico es deficiente, o incluso excesivo y no bien sustentado en objetividad, la oferta sanitaria y por ende la Medicina, se puede convertir en pseudociencia, con el peligro que ello conlleva. Lo mismo sucede con la base normativa, ya sea Colegial, de la Administración, de Sociedades Científicas o de Organizaciones, cuya deficiencia puede conllevar una inadecuada distribución o gestión de los medios, pero en igual medida puede ocurrir con un exceso, lo que consideramos burocratización, consecuencia igualmente nefasta o aún peor y a la que nos vamos a referir.

Una excesiva burocratización médica afecta en una u otra forma a los resultados, y no solo estadísticos, fundamentales para evaluar las repercusiones de la pandemia en su justa medida, sino también a la evaluación clínica de la enfermedad en sí, fundamental a la hora de su comprensión fisiopatológica y por ende su tratamiento, afectando por tanto a la base o impulso científico.

Y nos vamos a centrar, por haber sido evidente durante esta pandemia en la actuación facultativa, en la muerte de las personas, con las múltiples implicaciones derivadas, y lo haremos desde la doble perspectiva de muertes naturales y muertes judiciales, y solo a nivel nacional, dejando al margen organizaciones como la OMS que sería motivo de otro análisis.

## Muertes naturales

Entendidas como todas aquellas debidas a una causa no violenta o sospechosa de criminalidad, analizaremos dos grandes bloques, la certificación de las muertes, incluidas las producidas por COVID-19, y la realización de autopsias clínicas.

### *-Certificación de la muerte natural:*

Es más que evidente, y desde la Comisión Andaluza de Deontología Médica ya se realizó un informe al respecto, *“Certificación de la Defunción, Aspectos Deontológicos”*, respaldado por el Consejo Andaluz de Colegios de Médicos y publicado en su página web, que se estaban dejando de certificar y judicializando las muertes naturales, con las repercusiones que ello conlleva, las que quedan patentes en el informe referido (<https://cacm.es/deontologia/>).

No obstante, ha sido durante esta pandemia, de forma temprana desde casi el inicio del Estado de Alarma, donde el CGCOM, como órgano competente sobre todo el colectivo nacional, se pronunció al respecto mediante un comunicado de fecha 28 de marzo de 2020, *“Comunicado del GCCOM sobre las Certificaciones de Defunción en general y en los casos con Covid-19”* con el respaldo del Ministerio de Sanidad y de Justicia, que textualmente en su encabezamiento y final expone:

*“Ante la declaración del estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19, y siguiendo las directrices del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Justicia, en relación a las Certificaciones de Defunción de fallecidos por causas naturales, y en especial en los casos con Covid-19 o sospecha de infección por Covid-19, y de acuerdo con las definiciones propuestas por la OMS, la Vocalía Nacional de Administraciones Públicas informa acerca del procedimiento a seguir sobre las Certificaciones de Defunción:”*

*“El contenido de este documento cumple los principios de Ética Médica y es conforme a lo establecido en el Código de Deontología Médica vigente”.*

Y respecto de la intervención judicial:

*“2.- La intervención judicial del Médico Forense se limitará, por tanto, a los casos de muerte violenta o en los que exista clara sospecha de criminalidad.*

*3.- En el resto de los casos, la certificación de la muerte corresponde a los médicos asistenciales de los Servicios Públicos o Privados de Salud.*

*Todo ello sin perjuicio de la colaboración que sea requerida a los médicos forenses por parte de las autoridades sanitarias”.*

En un somero sondeo nacional al respecto, con profesionales de la Medicina Forense, y dejamos patente lo de solo sondeo, se ha visto reducida de forma muy significativa la intervención judicial en muertes no certificadas y claramente sin signos de violencia o sospechosas de criminalidad, siendo por tanto certificadas por los servicios sanitarios.

No podemos por menos que considerar que esta intervención normativa era necesaria, y lo ha sido en su justa medida, por cuanto aclara y deja patente la labor del facultativo médico y ha resultado positiva. Esperemos que dicha tendencia siga patente tras la actual crisis sanitaria.

*-Certificación de la muerte COVID-19:*

El CGCOM igualmente se pronunció en el referido comunicado sobre la certificación de las muertes COVID-19:

*4.- Para la emisión de los correspondientes certificados de defunción, en los casos de probable infección por Covid-19 en el medio comunitario sin confirmación analítica, una vez consultados, si ello es posible, los antecedentes médicos del fallecido con especial atención a la sintomatología descrita de la infección, se procederá a certificar de la siguiente manera:*

- *Causa Inicial o Fundamental de la Muerte: COVID-19 NO CONFIRMADO o SOSPECHA DE INFECCIÓN POR CORONAVIRUS.*

- *Causa Inmediata: la causa última que se considere correcta, sirva como ejemplos "fallo multiorgánico", "distrés respiratorio" o "insuficiencia respiratoria aguda".*

- *Podrán reflejarse causas intermedias si las hubiera o se conocieran: "neumonía" "sepsis" o "coagulopatía".*

- *En el apartado otros procesos deberán recogerse las patologías o comorbilidades que conlleven un mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave si existieran: "enfermedades cardiovasculares" "hipertensión arterial" o "diabetes".*

5.- *En los casos de COVID 19 confirmado mediante test de laboratorio, la Causa Fundamental deberá recogerlo de la siguiente manera: COVID-19 CONFIRMADO. Para el resto de la certificación se procederá como en el apartado anterior.*

En igual forma debemos considerar una intervención normativa necesaria y en su justa medida, por cuanto aclara y deja patente la labor del facultativo médico.

No obstante, consideramos que debería haber sido necesaria una intervención de la Administración Central, dado el Estado de Alarma decretado, en la certificación de las muertes COVID-19, atendiendo a que solo debieran y deben certificarse como tales aquellas confirmadas, dada la repercusión de este tipo de fallecimiento a muy distintos niveles tanto nacional como internacional y en ámbitos político, sanitario, social y familiar. Pero en igual medida deberían y deben confirmarse o excluirse las sospechosas, e igualmente, si bien contabilizadas aparte, las muertes colaterales a COVID-19. Un suicidio por causa del pánico a COVID-19 o una muerte por infarto de



miocardio sin asistencia por causa de COVID-19 son muertes colaterales a COVID-19.

Una taxativa norma al efecto seguramente hubiera evitado el lamentable baile de cifras de fallecimientos en el que, tras un lapso de 12 días sin publicarse cifra diaria de fallecidos, finalmente arrojó un total de 28.313 muertes por COVID-19 en España a fecha 21 de junio, 28.429 un mes más tarde, si bien a la espera de contabilizar muertes COVID-19 sospechosas o colaterales sobre otros 13.000 fallecimientos, avisando ya el Ministerio de Sanidad y el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias que puede conllevar meses, y ello sin contar el drama que supone que muchas familias no tienen confirmada la causa de la muerte por COVID-19 de sus allegados o la importancia que pueda cobrar este tipo de muerte a efectos de ser derivada de enfermedad o accidente profesional.

Consideramos que el CGCOM cumplió con su obligación respecto de las indicaciones a facultativos médicos sobre la certificación de la muerte COVID-19 como sospechada o confirmada, no podría hacerse de otra forma ante las múltiples defunciones habidas en muy corto espacio de tiempo y la necesidad de certificarlas, debiendo ser no obstante competencia de la Administración Central la necesidad de reglamentar el contabilizar las mismas como confirmadas y confirmar o excluir las sospechosas o colaterales, pues dadas las repercusiones indicadas no vale la mera sospecha. No se trata de que la Administración regule cómo certificar la muerte, sino de forma expresa y excepcional reglamentar la consideración de muertes COVID-19 como confirmadas o sospechosas, al igual que se manifestó el CGCOM, e incluso regular un procedimiento para poder confirmar o descartar las muertes sospechosas e igualmente contabilizar las indirectas.

He aquí el caso contrario a la burocratización, la deficitaria intervención normativa. Y el respecto, no hemos hallado nada en la web del Ministerio de Sanidad, en la sección especial "Información Coronavirus", y sección

“Documentos Técnicos para Profesionales”, más allá del “Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19”, en sus versiones de 6 de abril de 2020 y la última de 26 de mayo de 2020.

*-Autopsias clínicas:*

Es quizá donde más evidente se ha hecho la burocratización sanitaria en España entendiéndose por ello la intervención normativa pero con deficiente o más que deficiente resultado y sin justificación, por más que quiera habersele dado. Y ello es patente en sendos documentos del Ministerio de Sanidad, “*Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19*”, en sus versiones de 6 de abril de 2020 y de 26 de mayo de 2020, que, a fecha de estas líneas, está en su actual página web, y ello con el asesoramiento y aval de Sociedades Científicas.

Antes de nada, cabe manifestar sobre la realización de autopsias clínicas en España antes de la Pandemia:

- Era ya exigua, por no decir inexistente, por diferentes motivos, entre ellos la judicialización de muertes de causa natural sospechada pero no confirmada y el desconocimiento y a su vez no promoción de la autopsia clínica, expresa aunque deficientemente regulada mediante la “Ley 29/1980, de 21 de junio, de autopsias clínicas”.

-Es evidente la deficiencia del sistema, pues la autopsia clínica es parte fundamental en el impulso científico de la Medicina, por cuanto aporta información crucial sobre el resultado letal de la enfermedad y su fisiopatología y en consecuencia información relevante sobre la efectividad de las terapias. Una autopsia clínica es a la patología que desencadena la muerte natural lo que una autopsia judicial a la causa externa que provoca una muerte violenta.

- Consecuente debilitación estructural del sistema a nivel de medios, díganse salas de autopsias preparadas a tal fin, siendo directamente



proporcional a ello la paulatina modernización de las instalaciones de Patología Forense en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses a nivel nacional.

-Una sala de autopsias, ya sea clínica o judicial, siempre ha de estar pensada para riesgos biológicos, pues se ha de partir de la premisa de que, en muchas ocasiones, y en la mayoría en autopsias judiciales lo es, se desconocen todos los antecedentes médicos de la persona fallecida, por no decir los que ella misma desconociera y no fueron diagnosticados en vida. Dígase VIH, tuberculosis, hepatitis...

Dicho esto, analicemos las "recomendaciones" normativas y el viraje de acontecimientos:

El Ministerio de Sanidad publicó en su página web el "*Procedimiento para manejo de cadáveres de casos de COVID-19*", versión 6/4/2020, con el aval de la *Sociedad Española de Anatomía Patológica*, División Española de la Internacional Academy of Pathology (SEAP-IAP). Si bien es verdad que en la misma se incluye la leyenda "*Las recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y podrán ser modificadas si la situación epidemiológica y las opciones terapéuticas así lo requieren*", en la misma se indica en el apartado autopsias (pg. 6-8):

#### *"2. Autopsia.*

*Este capítulo se refiere a las autopsias clínicas y va dirigido, por tanto, a todos los médicos especialistas en Anatomía Patológica. La autopsia clínica es un procedimiento asistencial de interés científico-técnico cuyo objetivo es, entre otros, estudiar la fisiopatología de las enfermedades. Se encuentra regulado por la Ley 29/1980, del 21 de junio de Autopsias Clínicas, desarrollada por RD 2230/82, de 18 de junio, sobre Autopsias Clínicas, no siendo obligatoria su realización.*

Los riesgos habituales del trabajo en la sala de autopsia surgen del contacto con materiales infectivos, especialmente por salpicaduras, más que por inhalación de material infeccioso. Sin embargo, en casos de pacientes fallecidos por COVID-19, los pulmones y otros órganos todavía pueden contener virus vivos y es preciso tomar medidas de protección respiratoria complementarias durante los procedimientos que generan aerosoles de partículas pequeñas (por ejemplo, el uso de motosierras y el lavado de los intestinos).

1. AUTOPSIA DE COVID-19 +: Se recomienda no realizar por el riesgo biológico de contagio para los ejecutores de la misma y por el riesgo de propagación del virus.

2. AUTOPSIAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON O SIN SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA E INDICACIÓN CLÍNICA JUSTIFICADA:

a. Se recomienda realizar Test de PCR para descartar la infección por el COVID-19

b. En caso de PCR COVID-19 negativa, se recomienda tomar la decisión de manera consensuada con la dirección del centro.

3. Estas recomendaciones podrían actualizarse en función de los nuevos datos y la evidencia científica.

Si la autopsia se considera realmente necesaria y se puede garantizar que ésta se realiza en un ambiente seguro se podrá llevar a cabo, cumpliendo las recomendaciones respecto al equipo de protección individual y la minimización de la producción de aerosoles referidas a continuación, extraídas del Libro Blanco de la Anatomía Patológica y las directrices del CDC, OMS y ECDC para el manejo de muestras con COVID-19 en laboratorios.



Pasa posteriormente a describir los EPIs para realización de autopsias y su utilización.

Ya de antemano consideramos incompatible indicar que *“La autopsia clínica es un procedimiento asistencial de interés científico-técnico cuyo objetivo es, entre otros, estudiar la fisiopatología de las enfermedades”* y a su vez *“1. AUTOPSIA DE COVID-19 +: Se recomienda no realizar por el riesgo biológico de contagio para los ejecutores de la misma y por el riesgo de propagación del virus”*.

Y aún puede ser más incomprensible la afirmación de *“Si la autopsia se considera realmente necesaria y se puede garantizar que ésta se realiza en un ambiente seguro se podrá llevar a cabo...”*

Partiendo del hecho de que la autopsia clínica COVID-19 era totalmente necesaria, hubiera sido más franco decir, aunque no políticamente correcto, que no se podían realizar por falta de medios.

A mediados del mes de abril, a raíz fundamentalmente de las declaraciones de un Médico Forense en excedencia sobre la no realización de autopsias clínicas en fallecidos por COVID-19 en España y la importancia de las mismas, y sin embargo sí en otros países, la polémica queda servida y se realizará un cambio de giro en las recomendaciones de la Administración al respecto.

La SEPA con fecha 21/4/2020 realiza una nota de prensa sobre la realización de autopsias clínicas COVID-19 en la que textualmente manifiesta:

*La Anatomía Patológica es la especialidad médica que se encarga del diagnóstico mediante técnicas morfológicas y moleculares de diversas enfermedades (como el cáncer y muchas otras) en muestras tisulares (biopsias) o celulares (citologías). La especialidad incluye como una de sus facetas más importantes la realización de estudios post-mortem (autopsias clínicas), que se*



realizan regularmente en nuestros hospitales, y que son distintas de las autopsias médico-legales, realizadas por los Médicos Forenses.

En el tema de las autopsias, en una fase inicial de esta crisis sanitaria, la SEAP recomendó no realizarlas por los siguientes motivos:

- Clima de alarma social
- Limitación de Equipos de Protección Individual (EPI), siendo razonable que fueran utilizados por el personal que atendía directamente a los pacientes
- Riesgo de propagación del virus debido a los procedimientos propios de la autopsia, como la sección de los pulmones y otros órganos, que podía actuar como aerosoles, que propagaran la enfermedad
- La práctica ausencia de salas de autopsia con niveles de seguridad BSL-3 o similar.
- La adscripción, en muchos servicios de Anatomía Patológica, de parte del personal a otras unidades hospitalarias directa o indirectamente relacionadas con el manejo de pacientes COVID-19.

En una encuesta realizada a los jefes de servicio de Anatomía Patológica de los hospitales españoles, solamente cinco salas de autopsia reunían las condiciones BSL-3 o similares en el momento del inicio de la crisis sanitaria, y dos de ellas fueron habilitadas como depósitos de cadáveres, porque así se consideró necesario.

Se han realizado muy pocas autopsias en el mundo, unas 15 publicadas hasta la semana pasada. Hay un reporte en twitter de 50 autopsias en Italia, que hay que tomar con cierta cautela, porque no corresponde a un trabajo publicado.

La situación en el momento actual es diferente. Es por esto que la junta Directiva de la SEAP ha aprobado plantear la realización de autopsias en las salas de autopsia que reúnen el nivel de bioseguridad BSL-3 o similar, o que

*requieren de pocas reformas para tener este nivel, siempre que los Directores de estos Hospitales den su aprobación. La previsión es de unos 7 centros.*

No creemos que admita mucho comentario que este cambio de rumbo nunca debió producirse toda vez que nunca debió recomendarse la no práctica de autopsias clínicas en muertes COVID-19. El riesgo es o podía ser evidente, pero entonces ¿qué decir del riesgo de personal sanitario en urgencias, plantas de medicina interna, hospital IFEMA para COVID-19 y más aún en UCIs de todos los hospitales de la red pública sanitaria de España?, y en todo caso y siendo crucial ¿Por qué no se pusieron los medios adecuados al igual que lo fue el hospital COVID-19 de IFEMA? No consideramos haya justificación científica, ética ni deontológica.

A raíz de esta nota de prensa inicial de justificación, la SEPA comienza a publicar en su página web notas de prensa durante el mes de mayo sobre el por qué no realización de autopsias clínicas al inicio de la crisis sanitaria, el inicio de la realización de las mismas y avance de resultados.

Y nuevamente, el Ministerio de Sanidad publica en su página web la revisión del "*Procedimiento para manejo de cadáveres de casos de COVID-19*", versión 26/5/2020, de nuevo con el aval de la *Sociedad Española de Anatomía Patológica*, División Española de la Internacional Academy of Pathology (SEAP-IAP), versión algo más extensa y en la que el apartado autopsias (pg. 6-9) expone:

## *"2. Autopsia.*

### *2.1. Recomendaciones*

*Una vez mejorada la situación de nuestros hospitales y siempre con la protección adecuada y los niveles de bioseguridad de las salas de autopsia requeridos (ver apartado b.), se recomienda:*

#### *1.- AUTOPSIA CLINICA A PACIENTE COVID-19:*

*Si existe indicación clínica adecuada, se recomienda siempre realizar en centro de referencia y/o realizarla con medidas y medios de Bioseguridad establecidos (por criterios de los servicios de prevención de riesgos laborales y salud pública)*

## **2.- AUTOPSIA CLINICA CON INDICACIÓN CLINICA JUSTIFICADA Y DESCONOCIMIENTO DEL ESTADO INFECTIVO DE COVID-19:**

*Se recomienda realizar Test de PCR previo a la autopsia. En caso de resultado negativo, valorar con los datos clínicos, radiológicos y de laboratorio si procede repetir la PCR (por alta sospecha de infección por COVID-19) o efectuar la autopsia de forma consensuada entre clínicos y patólogos.*

*Estas recomendaciones podrán actualizarse en función de nuevos datos y de la evidencia científica.*

*Pasa posteriormente a exponer 2.2. Procedimiento y abordaje necrópsico y EPIs para realización de autopsias clínicas.*

*Igualmente, no cabe decir nada al respecto ya que es palpable la falta de justificación de la intervención inicial de la Administración y la SEPA, intervención que es un claro ejemplo de burocratización de la Medicina, por cuanto es palpable que es una normativa en detrimento de su avance científico, y puede infringir, cuando menos raya, las líneas de la Deontológica.*

### **Muertes violentas o sospechosas de criminalidad**

*Son claramente las que corresponden al ámbito judicial y por tanto con intervención de Médicos Forenses y realización de autopsia judicial.*

Antes no obstante de igualmente repasar acontecimientos burocráticos al respecto, repasaremos muy por encima datos de criminalidad en vivos, y referimos muy por encima, pues se deben al mismo sondeo nacional con profesionales de la Medicina Forense, y remarcamos nuevamente lo de sondeo, el que merecería seguramente estudio en profundidad de datos estadísticos.

Y es de importancia porque en estas actuaciones participan tanto médicos asistenciales, que realizan los partes de lesiones o informes de urgencias y hospitalarios, como médicos forenses, que realizan los informes de periciales dirigidos al ámbito judicial.

En este sondeo podemos destacar:

- *Asistencia a víctimas de lesiones*: descenso durante confinamiento, siendo principalmente sobre sujetos en actividades de rebeldía ante las normas de confinamiento y sobre agentes de FFOP y en conflictos familiares.

- *Asistencia a víctimas en Juzgados de Violencia sobre la Mujer*: igual número o ligero aumento de asistencias en mujeres víctimas de agresiones, lo que en descenso de número de asistencias sobre víctimas de lesiones supone un incremento. No obstante, es muy probable que las lesiones atendidas pudieran tener más una base de violencia en conflicto de pareja que de violencia de dominio, pues lamentablemente podemos considerar que el confinamiento es un "ambiente propicio para el dominante", pues es del todo favorable al control, mejor dicho, "el dominante no se ha de esforzar en mantener un control de la mujer" el cual ya viene dado por el propio confinamiento. En los próximos meses podrán observarse seguramente los resultados del confinamiento.

- *Internamientos involuntarios urgentes en Salud Mental*: variable, pues en algunas zonas indican más o menos igual, en otro incluso ligero descenso y en otras aumento. Sí es más o menos evidente que parecen haber sido principalmente por descompensaciones psicóticas, sobre todo de contenido



delirante paranoide de perjuicio, por episodios depresivos y por episodios maníacos.

La consecución y realización de los diferentes partes médicos asistenciales están en la misma línea, cumpliendo notablemente.

Respecto a las muertes con intervención judicial ya hemos avanzado que a nivel nacional se vio reducida de forma muy significativa la intervención judicial en muertes no certificadas y claramente sin signos de violencia o sospechosas de criminalidad, siendo por tanto certificadas por los servicios sanitarios, y respecto a la muertes violentas o sospechosas de criminalidad se han visto reducidas significativamente, lógica consecuencia del confinamiento, siendo entre ellas la principal etiología la suicida, seguida de RASUPSI, y descenso notable de muertes accidentales y homicidas.

Indicar que en algunas muertes suicidas hubo una intervención directa o indirecta COVID-19. Pongamos por ejemplo suicidio por creencia de posible infección por COVID-19, si bien ya con antecedentes de tratamiento antidepresivo, o suicidio en persona adicta a drogas de abuso por no poder conseguir las mismas.

Y respecto a intervención médico forense en muertes judiciales, aludiendo por tanto a levantamientos y autopsias judiciales, sí hemos de referirnos igualmente a una burocratización, si bien al escribir estas líneas nos cabe la seguridad profesional, ética y deontológica de que dicha burocracia no ha afectado la labor pericial y de investigación de los Médicos Forenses y su independencia normativamente regulada, lo que no quiere decir que se esté de acuerdo con las líneas marcadas o recomendadas, que al igual que respecto a autopsias clínicas ya adelantamos que no han sido las más idóneas, ni estaban justificadas y pudieran haber afectado a resultados.

Cronológicamente:

- Sociedad Española de Patología Forense, “RECOMENDACIONES ACTUACIÓN MÉDICO FORENSE EN EL LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER Y AUTOPSIAS MÉDICO-LEGALES ANTE LA SITUACIÓN DE PANDEMIA GENERADA POR EL COVID-19 (VERSIÓN 1.0, 20.03.2020):

## 1. LEVANTAMIENTO

1.1. *Muertes naturales sin signos de violencia y, por tanto, sin repercusiones judiciales en casos en investigación, probables o confirmados de infección por coronavirus.*

*Con objeto de evitar el traslado del cadáver al servicio de patología forense se informará al Juez de Guardia y se emitirá un informe al Juzgado de Guardia en el que se hagan constar: a) circunstancias de la muerte; b) causa inmediata y fundamental; y c) data de la muerte, mencionando que no es necesaria la práctica de la autopsia judicial (artículo 778.4 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECRIM): “El Juez podrá acordar que no se practique la autopsia cuando por el médico forense o quien haga sus veces dictaminen cumplidamente la causa y las circunstancias relevantes de la muerte sin necesidad de aquella”).*

*En el informe se hará mención al documento técnico del Ministerio de Sanidad donde se recomienda no realizar autopsia a los cadáveres de personas fallecidas por COVID-19, ya fuesen casos clasificados como casos en investigación, probables o confirmados.*

1.2. *Muertes con signos de violencia o sospechosas de criminalidad en casos en investigación, probables o confirmados de infección por coronavirus.*

*En los casos en que sea posible un examen externo (supuesto del artículo 778.4 LECRIM) se procederá igual que en el punto 1.1.*

## 2. AUTOPSIA

Siempre se deberá realizar con las máximas condiciones de seguridad provistos del correspondiente equipo de protección individual (EPI) (seguir recomendaciones autopsia de la Sociedad Española de Anatomía Patológica.

2.1. *Cadáveres sin implicaciones judiciales y sin sospecha de infección por COVID-19. Se realizará examen externo para descartar signos de violencia y toma de muestras para análisis químico-toxicológico, si se considera necesario (artículo 778.4 LECRIM).*

2.2. *Muertes con signos de violencia y duda de infección por coronavirus cuando no se puedan realizar pruebas de microbiología que confirmen o descarten la infección. Si el examen externo es suficiente para establecer la causa de la muerte, no se hace la autopsia (art. 778.4 LECRIM). Si se considera necesario, toma de muestras para análisis químico toxicológico.*

2.3. *Cadáveres con implicaciones judiciales, pero sin sospecha de infección por COVID-19. Se realizará la autopsia con la toma de muestras que corresponda para análisis químico-toxicológico y estudio histopatológico limitado al máximo. Se evitará la apertura de la cavidad craneal para minimizar la producción de aerosoles. Si hay una causa justificada para su apertura, solo se realizará al final de la autopsia. Ante cualquier duda se demorará 24 h la práctica de la autopsia.*

2.4. *Cadáveres con implicaciones judiciales y sospecha de infección por COVID-19. Se esperarán 24 h después del fallecimiento para la práctica de la autopsia. Antes de la autopsia se tomarán las siguientes muestras:*

- *Dos hisopos de exudado nasofaríngeo refrigerado (4°C) en medio de transporte de virus.*

- Una muestra de sangre con EDTA.

Un hisopo se enviará a la mayor brevedad posible al servicio de microbiología del hospital universitario de referencia. El otro hisopo nasofaríngeo y la sangre con EDTA se reservarán por si fuera necesario continuar con el estudio microbiológico por el INTCF para determinación de otros patógenos. Se mantendrán en refrigeración a 4°C y se manejarán como muestras biológicas de categoría B.

No se realizará ningún procedimiento ni manipulación al cadáver hasta confirmación o no del caso. Si el caso es positivo a COVID-19 se dará la alerta epidemiológica a la Delegación Provincial de Salud. En estos casos se evitará la práctica de la autopsia y se realizará examen externo según se describe en los apartados 2.1 y 2.2.

Ya de antemano, se ha de cuestionar:

\*Levantamiento del cadáver:

El Médico Forense jamás aplica un artículo de la LECRIM, en este caso el 778.4, ni tiene potestad para ello, ya que la misma corresponde al Juez instructor. En todo caso, es el Médico Forense quien debe exponer al Juez que por las lesiones externas puede objetivarse, no solo causa, sino las circunstancias de la muerte, debiendo ser aquel quien ordene o no la práctica de la autopsia. Son muy pocos y reducidísimos los casos, y no puede emplearse como comodín para no realizar la investigación que haya de llevarse a cabo.

Si además se trata de cadáveres de los que indican en las Recomendaciones "sin signos de violencia y, por tanto, sin repercusiones judiciales en casos en investigación", solo decir que puedan ser cadáveres en los que quizá no hiciera falta intervención judicial, y que, en todo caso, la repercusión judicial no la valora el médico forense si no el juez instructor.

\*Autopsias:

Sería demasiado largo discutir las diferentes opciones que exponen, solo cabe indicar que ni deontológica ni profesionalmente se puede dejar de hacer lo que se ha de hacer y es investigar una muerte judicial con todas las garantías, lo que no es incompatible hacer empleando todos los medios de seguridad posibles. Y en todo caso, lo normativo e ideal hubiera sido y debe ser no limitar la investigación médico forense, judicial, sino poner los medios necesarios a fin de procurar seguridad, en la medida de lo posible a los Médicos Forenses y Auxiliares de autopsias. Sirva de ejemplo la realización en el cadáver de las pruebas oportunas PCR temprana (levantamiento) o test rápidos de anticuerpos, asegurar adecuados EPIs, y no desabastecimiento, y adecuadas salas de autopsias.

Es pues una excusa, hacia la falta de medios, y una improvisación. No puede en modo alguno manifestarse *"2.4. Cadáveres con implicaciones judiciales y sospecha de infección por COVID-19. Se esperarán 24 h después del fallecimiento para la práctica de la autopsia. No se realizará ningún procedimiento ni manipulación al cadáver hasta confirmación o no del caso. Si el caso es positivo a COVID-19 se dará la alerta epidemiológica a la Delegación Provincial de Salud. En estos casos se evitará la práctica de la autopsia y se realizará examen externo según se describe en los apartados 2.1 y 2.2"*. ¿Alguien puede responsabilizarse de esta forma de proceder en caso de un homicidio, por ejemplo?

- Ministerio de Justicia, RECOMENDACIONES DEL CONSEJO MÉDICO FORENSE CON MOTIVO DE LA PANDEMIA DEL COVID 19, COMITÉ CIENTÍFICO TÉCNICO, 20/3/2020.

4.- *A los efectos de reducir los riesgos biológicos inherentes a la actividad pericial forense, se recomienda reducir al mínimo imprescindible la manipulación y el transporte de los cadáveres sometidos a investigación judicial,*

utilizando para ello las previsiones contempladas en el artículo 778.4 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal vigente y el artículo 85 de la vigente Ley del Registro Civil.

5.- Se recomienda que cada IMLCF elabore su propio documento de instrucciones internas. Como documentos de referencia, respecto a los cadáveres, se citan expresamente el documento técnico sobre el "Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID 19 del Ministerio de Sanidad" y el documento de recomendaciones de la Sociedad Española de Patología Forense.

Difícilmente cabe comentar nada de la actuación del Órgano Técnico a nivel nacional del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, que se limita a remitirse a los ya comentados documentos del Ministerio de Sanidad y de la Sociedad Española de Patología Forenses, que no de Medicina Forense, sin aportar más dato al respecto ni realizar consulta siquiera a las Asociaciones de Médicos Forenses ni Institutos de Medicina Legal.

- Sociedad Española de Patología Forense, "RECOMENDACIONES ACTUACIÓN MÉDICO FORENSE EN EL LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER Y AUTOPSIAS MÉDICO-LEGALES ANTE LA SITUACIÓN DE PANDEMIA GENERADA POR EL COVID-19 (VERSIÓN 1.1, 1.6.2020):

Solo destacar el asombroso viraje en las recomendaciones y su justificación:

1.- *Justificación:* entre otros motivos expone cosas:

*La patología forense tiene como función principal el auxilio a la Administración de Justicia y juega un papel indispensable en la investigación legal de las muertes violentas y sospechosas de criminalidad<sup>1</sup>. Adicionalmente, tiene una dimensión epidemiológica, preventiva y de salud pública no menos importante, así como implicaciones esenciales en el ámbito social y en el familiar*



de las personas fallecidas. Su aportación en el abordaje multidisciplinar de la muerte súbita cardiaca, muertes tóxicas, suicidios y muertes infecciosas, entre otras, es indispensable e irrenunciable.

La SEPAF, en la fase de expansión de la pandemia, por el virus SARS-CoV-2 recomendó limitar la práctica de autopsias, así como optar por procedimientos de autopsia menos invasivos, en consonancia con las directrices de evitar la manipulación del cadáver siempre que fuera posible<sup>2</sup>. Estas recomendaciones se basaron en distintas razones: tasas de prevalencia de la infección en alza con colapso del sistema sanitario y previsiones de colapso de los servicios de patología forense, escasez de equipos de protección individual (EPI) y de pruebas microbiológicas, desconocimiento del estado infecto-contagioso de los cadáveres, ausencia de salas de autopsia con nivel de bioseguridad óptimo, etc.

La crisis actual desencadenada por la pandemia COVID-19 ha puesto de manifiesto la precaria dotación de instalaciones y medios materiales en gran parte de los servicios de patología forense (SPF). La práctica de autopsias se ha visto reducida drásticamente en muchos Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) por el miedo al contagio y ante la falta de medios de protección y de instalaciones adecuadas.

Ello nos sitúa en un escenario preocupante ante el cual es necesario reaccionar para que la patología forense asuma las responsabilidades que le corresponden con las medidas de seguridad laboral necesarias. De acuerdo a las recomendaciones del Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC por sus siglas en inglés): "El manejo de los fallecidos en la situación de pandemia por el COVID-19 no debe impedir la adecuada investigación médico-legal de la muerte, cuando sea requerida por las autoridades (p.ej. muertes sospechosas, muertes en custodia, etc.); aunque, como es obvio, se deben tomar precauciones adicionales especiales para proteger la salud y garantizar la



seguridad de todas las personas que intervienen en el proceso de manejo del cadáver, incluyendo a los empleados de las empresas funerarias".

La responsabilidad de fortalecer las capacidades de respuesta forense en el trabajo diario y ante situaciones de emergencia y de sucesos de víctimas atañe al Ministerio de Justicia y a las administraciones autonómicas, pero también a los directores de los IMLCF e incluso al comité científico-técnico del Consejo Médico Forense en su labor de asesoramiento. A ellos les hacemos un llamamiento para que tomen las medidas oportunas.

Por ello, desde la SEPAF se considera necesaria la elaboración de nuevas recomendaciones con los siguientes objetivos: a) garantizar la seguridad laboral de los médicos forenses, auxiliares y técnicos de autopsia, así como del resto de personal de los IMLCF; b) minimizar al máximo posible el riesgo de contagio y de contaminación ambiental; c) homogeneizar en la medida de lo posible la práctica de autopsias, la cual debe ajustarse a las condiciones de cada IMLCF; y d) preparar al sistema forense para una gestión adecuada del escenario postpandemia, de un más que probable rebrote epidemiológico o de la posible aparición de nuevas enfermedades emergentes.

Las recomendaciones contenidas en el presente documento se han elaborado con el conocimiento disponible hasta la fecha y podrán ser revisadas y modificadas si la situación epidemiológica así lo requiere.

Y en este sentido, ya no establece recomendaciones sobre cómo llevar a cabo levantamientos y realización o no de autopsias, sino recomendaciones sobre la seguridad en su realización y medios, salas de autopsias y EPIs. Es más, sobre levantamientos realiza la siguiente manifestación:

2.6. *Diligencia de levantamiento del cadáver.* En la situación actual, superados los temores a un colapso de los SPF, se recomienda proceder al traslado de todos los cadáveres de muertes violentas o sospechosas de criminalidad al SPF. Se debe revisar la historia clínica del fallecido, usar los EPIs



*adecuados, mantener las medidas de prevención e higiene estándar y extremar la desinfección de los sudarios (tabla 6).*

Qué decir de nuevo sobre el injustificable viraje, que igualmente lo hace sobre las circunstancias epidemiológicas, cuando es evidente que las *“Recomendaciones del Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC por sus siglas en inglés): El manejo de los fallecidos en la situación de pandemia por el COVID-19 no debe impedir la adecuada investigación médico-legal de la muerte, cuando sea requerida por las autoridades (p.ej. muertes sospechosas, muertes en custodia, etc.); aunque, como es obvio, se deben tomar precauciones adicionales especiales para proteger la salud y garantizar la seguridad de todas las personas que intervienen en el proceso de manejo del cadáver, incluyendo a los empleados de las empresas funerarias”*, debían ser la prioridad sea cual fuere la situación de la pandemia, recomendaciones que no se han seguido, demostrando nuevamente que se trata de insuficiencia de medios, y más allá de estos, insuficiencia e improvisación de manejo profesional y deontológico de la situación pandémica.

Nuevamente estamos ante una burocratización de la Medicina durante la pandemia, injustificable científica y deontológicamente y que en ambas vertientes puede afectar a aquella.

### **Conclusiones**

- Es imprescindible que un Sistema Sanitario, como cualquier otro sistema de servicio a la Sociedad, cuente con bases científica y normativa para un adecuado funcionamiento, no podría ser de otra manera. No obstante, ambas han de ser eficaces y equilibradas en su justa medida. Si el impulso científico es deficiente, o incluso excesivo y no bien sustentado en objetividad, la oferta sanitaria y por ende la Medicina, se puede convertir en pseudociencia, con el peligro que ello conlleva. Lo mismo sucede con la base normativa, ya sea Colegial, de la Administración, de Sociedades Científicas u de Organizaciones,



cuya deficiencia puede conllevar una inadecuada distribución o gestión de los medios, pero en igual medida puede ocurrir con un exceso, burocratización.

- La burocratización médica afecta en una u otra forma a los resultados, y no solo a los estadísticos, fundamentales para evaluar las repercusiones de la pandemia en su justa medida, sino también a la evaluación clínica de la enfermedad en sí, fundamental a la hora de su comprensión fisiopatológica y por ende su tratamiento, afectando por tanto a la base o impulso científico.

- Es evidente que durante la pandemia SARS-COV-2 ha existido una burocratización respecto de la certificación e investigación de muertes COVID-19 sospechosas o confirmadas, con resultados aún difíciles de evaluar.



## EPÍLOGO

### RECOMENDACIONES ANTE FUTUROS BROTES DEL COVID-19

*Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos*

#### *Introducción*

- La primera ola de la pandemia por COVID-19 puso a prueba a los Servicios Sanitarios de las Sociedades más avanzadas del mundo, y ante nuevas oleadas debemos ser conscientes de nuestros puntos débiles, de los errores cometidos, construyamos un Sistema Sanitario con mayor resiliencia, esto es, con mayor capacidad de afrontar cuantas adversidades están por venir.
- Debido a la eclosión vírica por COVID-19, la medicina basada en la evidencia (el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes) dejó de ser un paradigma ante su insuficiencia para aportar luz al manejo de los pacientes afectados por la enfermedad.
- Dado el corto periodo de historia natural de la infección por virus SARS-CoV-2 antes de la pandemia, la inducción y la deducción se han mostrado insuficientes como herramientas base del método científico, por lo que el casuismo, junto con el método analógico, fueron los grandes instrumentos para el abordaje clínico y epidemiológico de la pandemia.
- Determinados datos ofrecidos por las Consejerías de Sanidad de algunas Comunidades Autónomas o los recogidos por el European Centre for Disease Prevention and Control revelan que la incidencia acumulada (casos diagnosticados/100.000 habitantes en los últimos 14 días) se ha triplicado en las dos últimas semanas en España, parámetro que indica que el riesgo de que la enfermedad reaparezca se ha multiplicado.

Hechos todos ello, que motivan a la Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos a trasladar las siguientes Recomendaciones frente a un posible brote de la enfermedad.

### ***Crear conciencia del riesgo existente y de responsabilidad***

- Se debe **insistir en la potencial gravedad de la enfermedad**, con campañas publicitarias, especialmente dirigidas a jóvenes, trasladando que no solo afecta a grupos poblacionales de mayor edad, similares a las realizadas antaño para la prevención de los accidentes de tráfico.

### ***Es el momento de la responsabilidad y del compromiso ético personal***

- El futuro de la epidemia está en nuestras manos. Es necesario que la sociedad se concientice de que existe otra alternativa al confinamiento casi total, es posible si se cada uno toma **medidas preventivas individuales**, tan seguras y quizás más prácticas que las colectivas.
- En la actualidad en España, según estudios científicos acreditados, solo el 5% de la población es inmune al virus SARS-CoV-2, por lo que en cualquier **agrupación humana** es previsible que exista una persona asintomática capaz de contagiar la infección entre el 95% de los asistentes.
- Es urgente una intensa **campaña de educación sanitaria** para evitar conductas generadoras de riesgos. Resulta esencial educar a toda la comunidad, especialmente a los jóvenes, a través de mensajes claros e inequívocos, creando conciencia de la responsabilidad que tienen en el control y desarrollo de los brotes actuales.
- La vacuna actual contra el COVID-19 es fomentar **estilos de vida saludables**. Se debe insistir en el uso adecuado de las mascarillas, en el lavado frecuente de manos y en la franca utilidad del distanciamiento social cuando las circunstancias así lo aconsejen.

### ***Vigilancia epidemiológica de primer nivel***

- Se debe crear un **plan sólido de vigilancia epidemiológica**, dotado del número suficiente de rastreadores vinculados a los servicios de Medicina preventiva y Salud Pública y de un adecuado sistema de pruebas diagnósticas.
- Es esencial una **detección precoz de los casos**, y para ello se debe insistir a la sociedad, especialmente a los jóvenes, que cuando se presenten síntomas compatibles con la infección, aunque sean leves, deben comunicarlos de modo inmediato a los servicios sanitarios.
- Se debe realizar un **control riguroso de la difusión de la enfermedad**. Ante cualquier brote, debe ser realizado una búsqueda exhaustiva y posterior vigilancia y control de todos los contactos estrechos de los pacientes infectados.
- La **información a los contactos** implicados en los rebrotes por parte de los Servicios de Vigilancia Epidemiológica debe ser inmediata una vez conocidos los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas (PCR) con independencia de su resultado.
- Se entiende muy conveniente que a los **contactos sometidos a cuarentena**, antes de proceder al **alta** de su confinamiento se les realice una nueva PCR que confirme la ausencia del virus, tal y como se hace con el personal sanitario. Proceder a altas basadas únicamente en criterios sintomáticos implica el riesgo de que personas infectadas asintomáticas puedan diseminar la enfermedad.
- Se deben presentar **estándares minuciosos de vigilancia epidemiológica** (datos de morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios y en UCI, etc.), homogéneos entre todas las Comunidades Autónomas, actualizados y accesibles de modo permanente y con total transparencia a toda la

sociedad. Deben dejarse atrás los cambios constantes de criterios de vigilancia epidemiológica o las rupturas de series estadísticas.

- Respecto a los **datos de mortalidad**, debe existir un control riguroso tanto en el método empleado para la certificación de muertes secundarias a COVID-19, homogéneo y ajustado a las indicaciones de la OMS, como en la comunicación desde las diferentes CCAA a la Administración Central y en la transparencia de los datos a la sociedad. Situaciones como las sucedidas en la primera oleada nunca se deben reiterar.

#### ***Derechos de los pacientes y derechos fundamentales de los ciudadanos***

- La gestión sanitaria de una futura ola de la pandemia debería lesionar en el menor grado posible los **derechos de los pacientes y los derechos fundamentales de los ciudadanos**. Evitemos errores pasados en actuaciones futuras.
- La **información y el respeto a la autonomía del paciente**, y de los familiares o allegados de los pacientes si estos no pueden recibir la información y/o prestar el correspondiente consentimiento son derechos esenciales e inexcusables en cualquier acto médico.
- La cobertura sanitaria universal, básica para evitar desigualdades o discriminaciones, no implica que en la **asignación de recursos limitados**, se empleen protocolos utilitaristas que utilizan parámetros como esperanza de vida o daños de vida útiles. En tales casos, resulta esencial la realización de un juicio clínico, médico- legal, ético y deontológico, y adoptar una decisión basada en la evidencia científica y ajustada siempre a los principios de equidad, proporcionalidad, justicia, entendido éste como justa igualdad de oportunidades.

- El profesional siempre debe tener como objetivo mantener el **secreto médico** a ultranza. Aún en situaciones de emergencia por una pandemia no está justificado desvelar los datos y evolución de los pacientes infectados, salvo a las autoridades sanitarias o judiciales, únicamente, para que se puedan tomar medidas de salud pública que limiten los contagios al resto de la población.
- Respecto a la **difusión de resultados de investigaciones u observaciones terapéuticas**, sin base probada ni evidencia científica, es preciso recordar a los profesionales sanitarios que siempre se deben respetar los principios deontológicos, y se deben utilizar de modo preferente medios estrictamente profesionales (revistas o páginas webs científicas), desprovistos de mesura o sensacionalismo y, evitar redes sociales o medios de comunicación no profesionales. La sobreabundancia de información en la red de esta enfermedad, "infodemia del COVID-19", se debe apartar de crear falsas esperanzas o sospechas infundadas en la sociedad.

### **Atención a las Personas Mayores**

- Las Residencias de Mayores deben instaurar **nuevos modelos de atención sociosanitaria** centrados tanto en la prevención de la salud como en planes asistenciales, orientados a personas con discapacidad y a pacientes con enfermedades crónicas.
- En las Residencias de Personas Mayores se debe priorizar la asistencia médica, bien con el auxilio de especialistas en Geriátrica y Gerontología, con Equipos de Atención Primaria de su zona o de las Delegaciones del Área de Salud de las Agencias Regionales, impulsando el abordaje multidisciplinar y coordinado con todas las especialidades médicas.

- Se recomienda fomentar la inclusión de la **Geriatría y Gerontología** en el Sistema Sanitario Público.

#### ***Los otros pacientes: evitemos víctimas colaterales.***

- Una nueva oleada de la pandemia del COVID-19 ocasionará con toda probabilidad una nueva **desaceleración de la actividad asistencial ordinaria** que debe ser prevista con la adopción de soluciones que **minimicen** en la medida de lo posible el denominado **“efecto distracción”**, esto es, la atención inadecuada a los pacientes NO COVID por déficit en la asignación de recursos humanos y materiales.
- Debe ser **asegurada la atención sanitaria de todos los enfermos** de la comunidad, especialmente el tratamiento de pacientes oncológicos, cardiopatas, neurológicos, con patología respiratoria crónica, con trastornos inmunes (VIH, lupus), enfermedades raras, pacientes pendientes de trasplantes, o de realización de intervenciones quirúrgicas o pruebas complementarias en el seno de patologías graves.
- Se debe comunicar a todos los pacientes que **no deben demorar la solicitud de asistencia** cuando así sea preciso, pues realizarlo puede implicar riesgo vital o llevar asociado la aparición de consecuencias irreversibles en su estado de salud.

#### ***Respeto a los derechos profesionales***

- Se debe invertir en **Salud Ocupacional**, debemos evitar en el futuro tasas elevadas de contagios profesionales que ponen en grave riesgo no solo la atención sanitaria sino la salud de los pacientes y los propios trabajadores así como la difusión de la enfermedad.

- Los médicos y demás profesionales sanitarios como trabajadores tienen reconocido el **derecho a la protección de la salud, a su seguridad y a su vida**. Se deberá vigilar que ningún profesional sanitario se exponga a riesgos que son previsibles y evitables, cumpliendo la normativa laboral vigente (Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales), debiendo asegurar la presencia de todos los medios de protección laboral necesarios (especialmente EPIs y las debidas pruebas diagnósticas).
- La infección por SARS-CoV-2 reúne los criterios médicos y legales para ser considerado un riesgo biológico de consecuencias graves e incluso mortales, por lo que legalmente se debe considerar a la enfermedad COVID-19 una **enfermedad profesional** (EP), a todos los efectos previstos en la legislación laboral española.
- Los médicos y resto de profesionales sanitarios víctimas de la enfermedad durante su actividad profesional merecen el apoyo de los Colegios Profesionales y de la Organización Médica Colegial (CGCOM) para el **reconocimiento y la protección de los derechos contraídos** como enfermos profesionales, la asistencia e indemnizaciones causadas por las secuelas y cuantos devengos tengan derecho a causa de la enfermedad.
- El Código de Deontología Médica (art. 5 y 6) recoge el espíritu hipocrático que sigue guiando a la profesión médica: la **aceptación del riesgo** desde la generosidad y la entrega; aunque traspasar el límite de lo heroico sin los medios de protección legalmente establecidos debe ser una decisión personal. En la asistencia médica vivida durante la etapa álgida de la pandemia, en numerosos lugares y centros se llegó con frecuencia a situaciones de auténtico heroísmo, lo que debe ser reconocido, al menos en los términos que dice la Ley. Sería hermoso que,



además, se pusieran de manifiesto acciones administrativas que mejoren situaciones mantenidas de precariedad, y sentimientos de respeto y agradecimiento.

### ***Atención debida a las profesiones sanitarias***

- Deben ser dotados de cuantos **recursos humanos y materiales** sean precisos, tanto en el ámbito médico como en el de restos de profesionales sanitarias los Servicios, Especialidades y Áreas más implicadas en el abordaje del COVID-19, entre las que se encuentran Medicina preventiva y Salud Pública, Medicina de Familia y Comunitaria, Geriatría, Medicina de Urgencias, Medicina Interna, Neumología, Medicina Interna o Medicina Intensiva.
- La Administración del Servicio Sanitario debe incidir en la mejora de las **condiciones laborales** de todos los profesionales sanitarios: medios de protección laboral, salud mental, jornadas laborales, conciliación con la vida familiar y social, contratos profesionales, retribuciones económicas, etc. Podremos tener Unidades, Servicios y Áreas preparadas y equipadas con las últimas tecnologías pero perderán toda su eficacia si no atendemos debidamente a sus profesionales, que como personas son insustituibles.
- Se debe impulsar la **Capacitación, la Expertización y la Formación Continua** de todos los profesionales sanitarios, poniendo especial atención en formar personal destinado a la realización de funciones de vigilancia epidemiológica o atención sanitaria en Urgencias y Unidades de Vigilancia Intensiva.

- Resulta necesario fomentar la **inversión en investigación y ciencia**, realizando alianzas y aprovechando los recursos tanto de la Universidad como de la Farmaindustria.

### ***Digitalización de la Medicina***

- La **telemedicina**, nueva modalidad del acto médico con una forma diferente de comunicación con el paciente, resulta esencial para prevenir posibles contagios y evitar la diseminación de la enfermedad, si bien debe someterse a todos los principios deontológicos que rigen el acto médico, cuidando con especial énfasis la relación médico enfermo y especialmente la confidencialidad, la protección de datos y la seguridad jurídica.
- Se debe asegurar una adecuada **accesibilidad** de la telemedicina por parte de todos los profesionales sanitarios, pacientes y ciudadanos, extremando medidas destinadas a asegurar un tiempo de respuesta adecuado.
- No se deben limitar **consultas presenciales** ante la existencia de cualquier dato, signo o síntoma que haga sospechar una mala evolución de la enfermedad, procediendo al examen físico de los pacientes o a la realización de cuantas pruebas complementarias sean necesarias.
- Los incesantes avances en las **nuevas tecnologías de la información** y la comunicación, la inteligencia artificial, el big data, procedimientos de aprendizaje automático (machine learning) y análogos, además de resultar especialmente útiles en la nueva Medicina de Precisión, aumentan la seguridad en el diagnóstico, optimizan la investigación en salud e implementan el conocimiento de la salud poblacional.

### ***Solidaridad interterritorial***

- Dado que en la primera ola de la pandemia una de las causas de ineficiencia del sistema sanitario fue la fragmentación de la asistencia médica por su dependencia directa de la gestión de las comunidades autónomas, parece adecuado pensar que para futuros brotes epidémicos de incidencia similar, se debe instaurar un modelo de **solidaridad interterritorial** a fin de incrementar la eficacia y efectividad del sistema sanitario.

### ***Medicina Privada***

- El plan asistencial ante brotes de similar incidencia a la primera oleada, se beneficiaría de un **modelo de cooperación sanitaria público-privada**, que pudiera favorecer no solamente una actividad clínico-asistencial colaborativa, sino que también se debería extender al ámbito de la prevención, evaluación de riesgos, atención primaria y de centros socio-sanitarios y atención hospitalaria.

### ***Salud global***

- Finalmente, es obligación de la medicina y de toda la sociedad realizar un **análisis teleológico** de la pandemia por COVID-19 ya que el hombre-científico está también obligado a comprender la causalidad socio-técnica de este nuevo virus, un ente de naturaleza misteriosa que está amenazando la propia relación del hombre no solo con el resto de los humanos, sino con todo el entorno natural.