

Montserrat Esquerda  
Olga Rubio  
Jordi Amblàs  
Josep Pifarré

Montserrat Esquerda Aresté

[mesquerda@ibb.url.edu](mailto:mesquerda@ibb.url.edu)

## Resumen

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un enorme reto a diferentes niveles, pero particularmente en el ámbito de las profesiones sanitarias. La literatura nos muestra que podrían haberse preparado y planificado mejor tanto a nivel macro como meso, pero a nivel profesional la respuesta ha sido rápida y efectiva, analizando tres factores claves: adaptación, creación de redes de análisis de criterios y conocimiento, y soporte.

## Palabras clave

pandemia, ética, priorización, soporte

## Abstract

The COVID-19 pandemic has posed enormous challenges at different levels, above all in the health professions. The literature indicates that there should have been better preparation and planning; nonetheless the response by professionals has been swift and effective if three key factors are considered: adaptation, the creation of criteria and knowledge analysis networks, and support.

## Keywords

pandemic, ethics, prioritisation, support

# La medicina cambia rápidamente. En un instante, la medicina tal como la conoces acaba

Joan Didion inicia su libro *El año del pensamiento mágico* con esta afirmación: «La vida cambia rápidamente, la vida cambia en el instante. Te sientas a cenar y la vida como la conoces termina». Esta cita podría muy bien utilizarse en el ámbito sanitario para definir la época de pandemia COVID-19: «La medicina cambia rápidamente, la medicina cambia en un instante. Te sientas a cenar y la medicina como la conoces termina».

Como médicos y bioeticistas clínicos, creemos que éramos muy conscientes de la fragilidad del ser humano. Como médicos, diariamente nos encontramos con personas muy frágiles y vulnerables, cuya vida había cambiado en un instante. Como bioeticistas clínicos, éramos conscientes de la vulnerabilidad humana ontológicamente ligada a la dignidad humana, como Lévinas explicaba. No éramos ingenuos creyentes de la ilusión tecnocientífica, de los milagros del progreso ni de las expectativas transhumanistas, habíamos aceptado las limitaciones y vulnerabilidades del ser humano.

Podíamos ser conscientes de la fragilidad humana, pero ninguno de nosotros era consciente de la fragilidad de nuestra sociedad y, por lo tanto, de nuestra medicina. En un instante, el marco en el que practicamos la medicina y tomamos decisiones cambió. En el siglo XX hubo tres grandes pandemias gripales: en 1918, la más conocida y grave, llamada «gripe española», pero también en 1957 y 1968.

Podíamos ser conscientes de la fragilidad humana, pero ninguno de nosotros era consciente de la fragilidad de nuestra sociedad y, por lo tanto, de nuestra medicina. En un instante, el marco en el que practicamos la medicina y tomamos decisiones cambió

Los modelos matemáticos muestran que las pandemias son inevitables, y han aparecido en intervalos de 11-39 años, mostrando como muy probable la aparición de una nueva pandemia. Hubo también focos aislados de gripe aviar, siendo el primero Hong Kong en 1997, o el SARS-CoV que afectó inicialmente a varias regiones de China entre 2002-2004, extendiéndose a Vietnam y Toronto, infectando a unas 8.000 personas en todo el mundo de las que se notificaron unas 774 muertes.

Revisando literatura se aprecia que, principalmente a partir del brote de SARS de Toronto, se establecen diversos protocolos de actuación en el que se describen las estrategias y criterios éticos para la actuación y toma de decisiones ante una pandemia. Numerosos artículos<sup>1,5</sup> se refieren a la preparación de escenarios (calculando la

necesidad de recursos), las diversas estrategias y resultados de mitigación, racionamiento y adecuación de recursos, priorización y triaje, asignación de profesionales y garantizar su seguridad, o a la importancia de la comunicación y transparencia en la toma de decisiones.

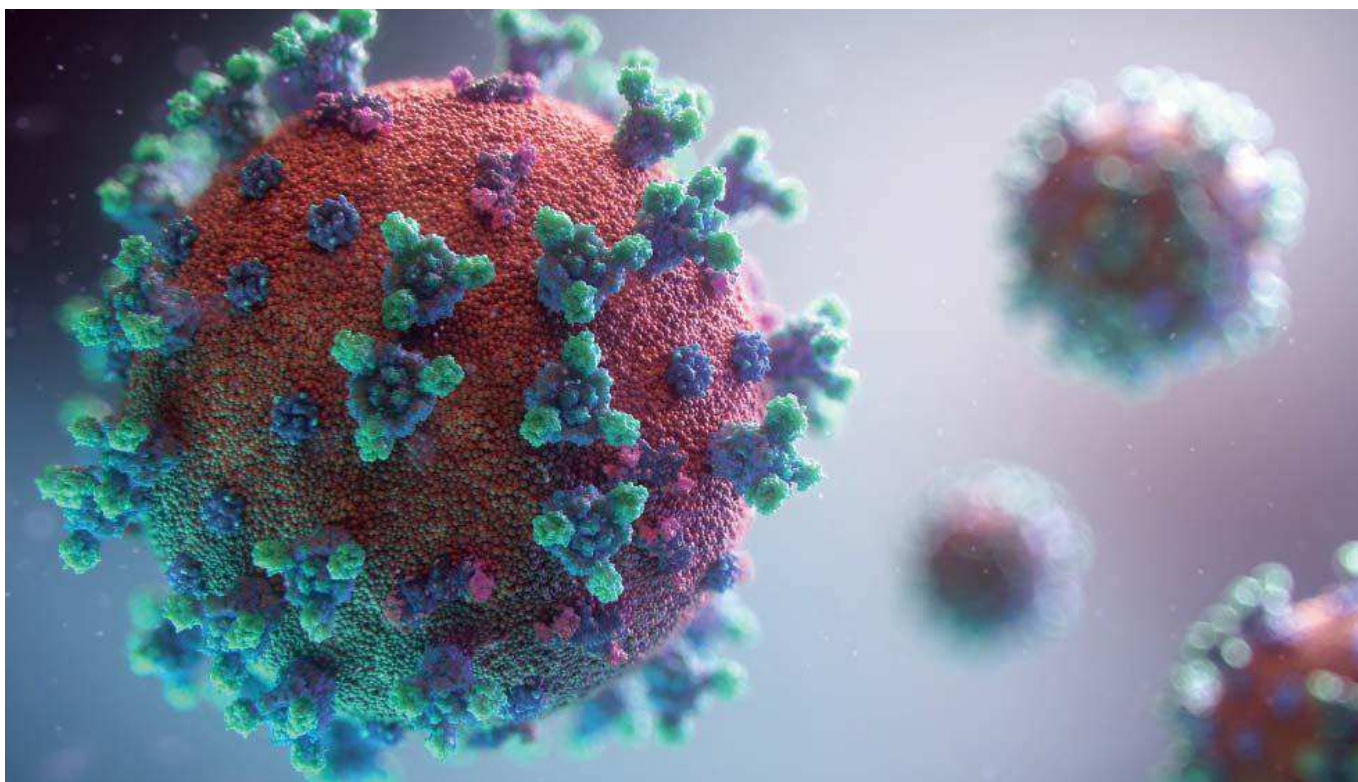
Gomersall<sup>1</sup> comentaba que «La evidencia disponible sugiere que las preparaciones pandémicas son limitadas. Esto puede reflejar, en parte, incertidumbre sobre la naturaleza, la magnitud y el momento de cualquier pandemia. Los modelos matemáticos suponen que la próxima pandemia significativa será causada por la gripe, pero proporcionan poca ayuda en la preparación, excepto para demostrar la insuficiencia de los preparativos actuales».

Kotalik<sup>2</sup>, en 2005, en un amplio artículo, revisando los planes de pandemia establecidos y haciendo hincapié en las cuestiones éticas para la preparación de la misma, escribía: «En el futuro cercano, los expertos predicen una pandemia de influenza que pro-

bablemente se extenderá por todo el mundo. Muchos países han estado creando planes de contingencia para mitigar las graves consecuencias sociales y de salud. Examinando los planes de pandemia de Canadá, Reino Unido y Estados Unidos, desde una perspectiva ética, se plantean varias preocupaciones. Uno: la escasez de recursos humanos y materiales será grave. Los planes se centran en la priorización, pero no identifican los recursos que serían necesarios de manera óptima para reducir muertes y otras consecuencias graves. Por lo tanto, estos planes no facilitan una elección verdaderamente informada a nivel político donde las decisiones tienen que ser sobre cuánto invertir ahora para reducir la escasez cuando se produce una pandemia. Dos: la vacunación masiva se considera el instrumento más importante para reducir el impacto de la infección, pero los planes no proporcionan estimaciones concretas de los beneficios y las cargas de vacunación para asegurar un balance favorable. Tres: los planes pandémicos suponen demandas extraordinarias sobre los

profesionales sanitarios, sin embargo, las organizaciones profesionales y los sindicatos no han sido involucrados en la formulación de los planes, y no se les ha asegurado que las autoridades buscarán proteger y apoyar a los trabajadores de la salud de una manera responsable a las demandas que se les hacen. Cuatro: todos los sectores de la sociedad y todos los individuos se verán afectados por una pandemia, y se requerirá la colaboración de todos. Sin embargo, parece que las diversas poblaciones han recibido información inadecuada por medio de algunos informes de prensa. Por lo tanto, es esencial que se desarrollen planes y se implementen programas de comunicación, que no solo informen, sino que también creen una atmósfera de confianza mutua y solidaridad; cualidades que en el momento de una pandemia serán muy necesarias.»

Este texto pertenece a un artículo publicado en la revista *Bioethics* en 2005, y podría parecer en este momento de plena actualidad, excepto en la disponibilidad de una vacuna,



pues Kotalik hacía referencia a una posible pandemia gripal. El resto de puntos éticos claves aparecían ya definidos, como la necesidad de tener localizados los recursos necesarios más allá de la simple priorización, pues la escasez de recursos humanos y materiales sería grave; involucrar en el debate a los propios profesionales sanitarios, pues la demanda sobre ellos sería extraordinaria, buscando también formas de protección y compensación; e informar y buscar una atmósfera de confianza a nivel poblacional, pues toda la sociedad e individuos se verán afectados.

Un grupo de trabajo liderado por Thompson de la universidad de Toronto<sup>3</sup> identificó como principales problemas éticos en pandemia: la priorización de poblaciones para tratamiento, las unidades de cuidados intensivos y la asignación de camas hospitalarias, el deber de cuidar, la asignación de recursos humanos y dotación de personal, las restricciones de visita, las comunicaciones y el cómo se manejarán las revisiones y decisiones. Proponían como valores para tomar decisiones: responsabilidad, inclusividad, apertura y transparencia, razonabilidad.

Pero, aunque existían algunos planes estatales de pandemia y la literatura había profundizado en el tema, diferentes países occidentales han mostrado en general una respuesta tardía, desigual y en gran parte improvisada.

No es el objetivo de esta reflexión analizar las decisiones que se han tomado desde el punto macropolítico o mesopolítico, sino el impacto y respuesta en los profesionales sanitarios. Pero entendiendo claramente que este impacto podría haber sido amortiguado por una toma de decisiones macro y meso diferente, mejor fundamentada, más consensuada y mejor comunicada.

Kotalik<sup>2</sup> comentaba que una pandemia suponía demandas extraordinarias en los profesionales sanitarios, y su respuesta supone en gran parte una adecuada resolución (cuando las decisiones a nivel poblacional se tomen adecuadamente).

Vamos a analizar algunos factores clave en la extraordinaria respuesta a nivel de las profesiones sanitarias, con la limitación que supone que este análisis se realiza in situ, es decir, durante la evolución de la propia pandemia:

### 1. Adaptación

El primer paso imprescindible es adaptación y realismo, es decir, la toma de conciencia de la gravedad de la situación y aceptarla. A nivel sanitario, se requiere que las expectativas

deban reducirse y las decisiones, para minimizar los efectos, deban tomarse rápida y activamente.

El cambio rápido en el modelo de atención médica ha ocurrido en días, ni siquiera durante semanas. Esto ha llevado a que los marcos en los que se practica la medicina se hayan vuelto rápidamente obsoletos y se haya planteado la necesidad de encontrar otros nuevos para protegerse en mitad de la crisis.

Algunos profesionales sanitarios habían recibido quizás formación o algún entrenamiento en medicina para catástrofes (verde, rojo, negro), desas-

tres grandes, pero locales en el territorio y concretos en el tiempo, como accidentes de avión o tren o terremotos, en lugar de éste, amplio, masivo y global. Simplemente no estábamos preparados para esto.

La mayoría de los profesionales de la salud han sido formados y han practicado la medicina en un contexto de avances tecnocientíficos y con una enorme cantidad de recursos a su alcance, con muy poca formación en carencias y limitación de opciones. Muchas de las cosas que preocupaban y grandes debates éticos de 15 días antes parecen meras tonterías durante la pandemia.

Debe aceptarse que la medicina que conocíamos y los parámetros en los que la practicamos no funcionan en la

---

**D**ebe aceptarse que la medicina que conocíamos y los parámetros en los que la practicamos no funcionan en la situación de pandemia. La literatura ya nos explicaba que podríamos habernos preparado mejor, pero no lo hicimos

---

situación de pandemia<sup>4</sup>. La literatura ya nos explicaba que podríamos habernos preparado mejor, pero no lo hicimos.

Se requiere pasar rápidamente de la «medicina posmoderna occidental», con la que estábamos familiarizados, a la «medicina de catástrofe y supervivencia». El objetivo no puede ser tratar de lograr aquello ideal, ni siquiera aquello que sería adecuado, sino simplemente lo que es factible y minimizar el daño. Ello requiere también ser capaces de explicarlo a la población.

El debate bioético de décadas de evolución, que Callahan planteaba en su

clásico «Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society», parecía estar muy lejano de la práctica médica habitual, y más aún de la población en general. Tener este debate más actualizado y generalizado, tanto a nivel de profesiones sanitarias como de sociedad, habría podido ayudar también a reconocer la limitación, no solo por falta de recursos, sino por adecuación de estos.

A pesar de estas carencias previas (formación adecuada en catástrofes, dificultades en cambio de marco o paradigma, dificultades en contexto de recursos limitados), la adaptación de los profesionales sanitarios ha sido rápida, intensa y altamente efectiva, principalmente a costa de un sobreesfuerzo personal.

Seguramente esta respuesta de los profesionales sanitarios ha sido la que ha permitido que los diferentes sistemas sanitarios hayan dado por su parte una de las mejores respuestas en la pandemia, con relación a otros niveles.

## 2. Redes de conocimiento y de criterios

El segundo punto ético clave ha sido la capacidad de tejer rápidamente redes y nuevos marcos. Deben tomarse decisiones muy difíciles y a gran velocidad, por ello es crucial evitar poner esta carga sobre un médico solo y aislado<sup>2,5</sup>, asimismo, es una nueva enfermedad que se ha presentado con múltiples caras, y adquirir conocimiento sobre ella con rapidez ha sido imprescindible.

Son necesarias, pues, dos tipos de redes: en primer lugar, redes amplias para acordar criterios de atención y priorización, y, en segundo lugar, para el intercambio de conocimiento e investigación. El cambio llega rápido,

por lo que las redes y los nuevos marcos deben desarrollarse rápidamente.

Hacer frente a esta situación requiere no solo ciencia y conocimiento (mediante el desarrollo de estrategias basadas en predicciones epidemiológicas, conocimiento clínico y optimización de recursos), sino también reflexiones cuidadosas sobre valores y ética, priorización o distribución de recursos.<sup>1-5</sup>

Un ejemplo de estas redes es cómo en nuestro país 18 sociedades científicas, 4 instituciones éticas y algunos colegios de médicos presentaron un marco ético consensuado<sup>6</sup>, basado en tres recomendaciones: las relacionadas con la organización, la disponibilidad de recursos y alternativas, los relacionados con las características y la situación global de la persona, y los relacionados

con la toma de decisiones éticas. Y también redes de conocimiento, compartiendo conocimientos en relación al diagnóstico, incluyendo las diversas manifestaciones sintomáticas, en relación al tratamiento y al manejo de pacientes. Estas redes van desde acceso abierto a publicaciones en revistas internacionales, a webinars y actualizaciones constantes por parte de profesionales de los grandes centros de referencia. A menor nivel, han proliferado los grupos de WhatsApp de profesionales sanitarios compartiendo artículos, protocolos y novedades, o comentando en vivo cómo lidiar con algunas de las nuevas situaciones. Grupos profesionales de la misma especialidad, de la promoción de medicina, de residentes, de ética... han creado una red informal de compartir conocimiento, con el riesgo implícito de difundir bulos o falsas noticias.



Pero en general, el conocimiento era contrastado y ampliamente repartido. Estas redes no solo han compartido marco o conocimiento, sino también solidaridad y esperanza, en un momento muy necesitado de esperanza.

### 3. Soporte

A medida que los días van pasando, agotamiento, cansancio y sufrimiento aumentan. Sobre los profesionales reposa una pesada carga de responsabilidades, horarios, turnos, riesgo, que puede provocar un desgaste físico, emocional y moral. Como Kotalik<sup>2</sup> escribía: «Una respuesta exitosa a una pandemia dependerá en gran medida de las actitudes, habilidades y esfuerzos de los trabajadores de la salud». Pero el profesional de la salud que debe brindar esta «respuesta exitosa» está lidiando con una gran presión, debido a su alto riesgo de infección (y, por lo tanto, el mayor riesgo de su familia), la falta de equipo o de material básico, el agotamiento por los múltiples turnos y el impacto emocional de sus acciones.

Shanafelt<sup>5</sup>, mediante sesiones de diálogo con grupos de profesionales sanitarios, identifica ocho fuentes de ansiedad en profesionales sanitarios: (1) acceso al equipo de protección personal apropiado, (2) estar expuesto al COVID-19 en el trabajo y llevar la infección a su familia, (3) no tener acceso rápido a las pruebas si desarrollan síntomas de COVID-19 y temor concomitante de propagar la infección en el trabajo, (4) incertidumbre de que su organización respaldará/atenderá sus necesidades personales y familiares si desarrollan infección, (5) acceso a cuidado infantil durante el aumento de las horas de trabajo y del cierre de la escuela, (6) apoyo para otras necesidades personales y familiares a medida que aumentan las horas de trabajo y las demandas (ali-

mentación, hidratación, alojamiento, transporte), (7) poder proporcionar atención médica competente si se despliega en una nueva área (por ejemplo, no UCI enfermeras que tienen que funcionar como enfermeras de la UCI) y (8) falta de acceso a información y comunicación actualizadas. En el mismo artículo se identifican cinco ámbitos de soporte a los profesionales por parte de la organización: escúchame, protégeme, prepárame, apóyame y cuidame.

Las estrategias de afrontamiento habituales para hacer frente a situaciones comunes podrían no funcionar ahora, y este cambio ha sido tan rápido que no ha sido posible proponer nuevas estrategias de afrontamiento con la suficiente rapidez.

Tener que afrontar una pandemia con falta de recursos, no solo materiales, sino psicológicos, puede tener un impacto emocional importante en los profesionales, con riesgo de desarrollar TEPT (trastorno de estrés postraumático), como describe Xiang<sup>8</sup>.

El desarrollo de estrategias para «cuidar a los cuidadores» es crucial, ya sea de manera informal (recomendaciones generales, recursos en línea para mejorar la salud mental) o formalmente, proporcionando atención psicológica y apoyo (virtual, in situ en salas de emergencias, UCI ...).

El mundo después de COVID-19 será muy diferente, pero debemos estar seguros de que habrá un mundo después del COVID-19. Entonces, muchos temas que eran verdades y certezas ampliamente aceptadas deberán ser reconsiderados. Pero en este momento, es nuestro deber como profesionales de la salud enfrentar la realidad, crear redes sólidas y brindar apoyo a los demás y a nosotros mismos.

### Bibliografía:

1. Gomersall CD, Loo S, Joynt GM, Taylor BL. Pandemic preparedness. Current opinion in critical care. 2007; 13(6): 742-747.
2. Kotalik J. Preparing for an influenza pandemic: ethical issues. Bioethics. 2005; 19(4): 422-431.
3. Levin D, Cadigan RO, Biddinger PD, Condon S, Koh HK & Joint Massachusetts Department of Public Health-Harvard Altered Standards of Care Working Group. Altered standards of care during an influenza pandemic: identifying ethical, legal, and practical principles to guide decision making. Disaster medicine and public health preparedness. 2009; 3(S2): S132-S140.
4. Rubio O, Estella A, Cabré L, Saralegui-Reta I, Martín MC, Zapata L, Esquerda M, Ferrer R, Castellanos A, Trenado J, Amblàs, J. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. Medicina Intensiva. 2020, in press.
5. Shanafelt T, Ripp J, Trockel, M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. Jama. 2020, in press.
6. Sprung CL, Zimmerman JL, Christian MD, et al. Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. Intensive Care Med. 2010; 36(3): 428-443.
7. Thompson AK, Faith K, Gibson JL, et al. Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. BMC Med Ethics. 2006; 7(1): 12.
8. Xiang YT, Yang Y, Li W, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Lancet Psychiatry. 2020; 7(3): 228-229.