

PONENCIAS DE LA
MESA REDONDA REALIZADA “ON LINE”

“ETICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA
EN TIEMPOS DE
PANDEMIA COVID 19

MODERADORA: Dra. D^a Felicidad Rodríguez Sánchez

PARTICIPANTES:

1. Dra. D^a Pilar Moreno Paredes: *Ética y Redes Sociales*
2. Dra. D^a Marina Gómez Ríos: *Cuestiones ético deontológicas del uso de la telemedicina en atención Primaria*
3. Dr. D. Miguel A. Vizcaya Rojas: *Derecho a la intimidad y secreto profesional*
4. Dr. D. José Miguel Merino Aranda: *Repercusiones sobre la atención a otras patologías*
5. Dra. D^a Pilar Martínez García: *Aspectos éticos de la vacunación*
6. Dr. D. Jaime Aparicio Santos: *Cuidados Paliativos*
7. Dr. D Fernando Souza Firmo: *Solidaridad interprofesional*
8. D^a Beatriz Lago Rial: *Derecho a la protección de la salud.*

INTRODUCCIÓN

La pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2 ha trastocado nuestras vidas y los sistemas sanitarios de todo el mundo se han enfrentado a una situación sin precedentes. El momento tan crítico que estamos viviendo ha venido a acentuar dificultades previas que se han visto imprevisiblemente agravadas por la COVID 19, conduciéndonos a situaciones límites para las que no estábamos suficientemente preparados. Nuestro sistema de salud no ha sido una excepción y ha debido hacer frente a un gran reto sanitario, a una enfermedad que ha causado miles de fallecidos, enormes pérdidas en salud y graves consecuencias sociales. En este contexto nuestros profesionales han trabajado, siguen haciéndolo, sin descanso contra un enemigo desconocido, con muchas incertidumbres y sometidos a un enorme stress físico y mental. Y, a pesar de las dificultades, han demostrado su inquebrantable dedicación a la atención de los pacientes y a su ética profesional por encima de cualquier otra consideración, incluida la de su propia salud o la de sus familiares. Fue el filósofo Jeremy Bentham el que acuñó el término “Deontología” para referirse a hacer en cada ocasión lo que es recto y apropiado y, durante esta época de pandemia, los médicos han reflejado en su quehacer diario su adhesión a ese principio que se ve plasmado en el articulado de su Código Deontológico. Ciertamente es que en estos momentos tan difíciles no han dejado de surgir, afortunadamente de manera excepcional, algunos profesionales sanitarios que han llevado a cabo actividades contrarias al conocimiento sustentado en bases científicas y contrarias al propio Código Deontológico; son los llamados “negacionistas” que rechazan la realidad de la pandemia creando una gran confusión en la sociedad. Han sido pocos, pero representan un buen ejemplo del daño que puede llegar a causar el alejamiento y el incumplimiento de los principios deontológicos de la profesión.

La pandemia nos ha situado en un escenario tremendamente complejo, un escenario en el que los profesionales médicos han tenido que actuar bajo cambios en las condiciones de su ejercicio, adaptando tiempos y protocolos y con dificultades, sobre todo al principio de la pandemia, en obtener los recursos necesarios. Un escenario en el que, al tiempo que el nuevo y desconocido virus se extendía, la Ciencia y la Medicina procedían a la ofensiva y a la continua toma de decisiones mientras se avanzaba en el conocimiento de aquel. Un contexto, el de la epidemia, en el que, como ha señalado D. Wilkinson, “la ciencia tiene que estar en el centro de la toma de decisiones, pero no puede decir, por sí sola, que decisiones tomar; necesita para ello de la Ética”. Por ello, en estos momentos tan difíciles, la aplicación de los principios éticos y deontológicos cobran especial relevancia.

En las conversaciones cotidianas a raíz de la pandemia surgen con mucha frecuencia numerosos temas sanitarios que pueden estar directamente afectados por esos principios éticos y deontológicos. Desde el acceso a los recursos sanitarios, la atención a otras patologías, la atención en cuidados paliativos, el uso de las redes sociales, el derecho a la intimidad y la confidencialidad, la solidaridad entre los profesionales de la salud, la aplicación de las vacunas o el uso de los medios telemáticos en la atención sanitaria, entre otros muchos. Para reflexionar y debatir sobre estas y otras cuestiones la Fundación UIMP-CG organizó una mesa redonda, el pasado 10 de febrero de 2021, con la participación de profesionales de diversas especialidades médicas, también en Derecho sanitario, e integrantes de la Comisión de Deontología del Excmo. Colegio de Médicos de Cádiz. Fruto de esa reflexión y debate es el documento que presentamos, y en el que se abordan esas cuestiones que ocupan una parte de nuestras preocupaciones cotidianas.

Dra. D^a. Felicidad Rodríguez Sánchez

Vocal de la Comisión de Ética y Deontología del

Excmo. Colegio O. de Médicos

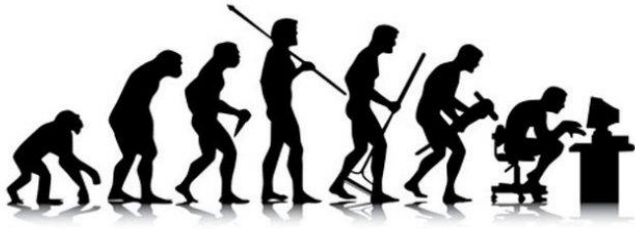
de la Provincia de Cádiz

Directora de la Fundación UIMP-CG

COVID 19

ÉTICA Y REDES SOCIALES

La Medicina evoluciona y con ella, los médicos. Las nuevas tecnologías nos abren un inmenso abanico de posibilidades.



Las Redes Sociales (RRSS) no solo forman parte de nuestro ocio, también es una herramienta médica. “Son estructuras compuestas por grupos de personas, las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como amistad, parentesco, intereses comunes o que comparten conocimientos”.

Estamos en un momento en el que el médico muestra su profesión de una manera pública, también fuera de su consulta.

Mientras trabajamos en el día a día con los pacientes, tenemos muy clara la faceta ética en nuestras acciones y nos guiamos por el Código Deontológico (CD). Pero ha aparecido un nuevo escenario, las RRSS, en las que corremos el peligro de ignorar las normas básicas del comportamiento profesional. La confidencialidad es sin duda, la que presenta más riesgo, pero hay otras áreas que cuidar

En las RRSS, los médicos debemos mantener el mismo rigor científico y la misma actitud ética que en nuestras consultas. El CD necesita adaptarse a este nuevo escenario, para ello es importante considerar varios aspectos sobre todo en lo referente a la confidencialidad y el secreto médico:

1. La información en RRSS no debe ser identificable.
2. Ha de evitarse el sensacionalismo y la morbosidad.
3. Es aconsejable no almacenar información en dispositivos móviles sin protección ya que su pérdida supone la difusión de datos íntimos.
4. Se debe solicitar siempre la autorización del paciente en la toma de fotos o en exploraciones clínicas, evitando que aparezcan sus datos en las mismas.
5. Tener en cuenta que los datos secundarios (nombre del facultativo, exploraciones radiológicas, centro hospitalario etc.) pueden identificar al paciente.
6. El uso de las RRSS tiene la falsa sensación de que estamos en un intercambio privado, que nadie te observa o te ve. La realidad es totalmente

contraria. La viralidad del sistema hace que en pocos minutos cientos de personas puedan leer un contenido, y a su vez, compartirlo con otras cientos o miles de individuos. Esto ocurre porque se asocian tres condiciones: a) la nueva costumbre de compartir prácticamente toda la información ya sea personal o profesional, b) una gran utilidad en compartir información clínica, c) falsa sensación de privacidad. Esto puede llevarnos al riesgo de faltar al secreto profesional que atenta contra el secreto más básico del paciente: La confidencialidad.

Pero no solo estamos ante unas condiciones éticas recogidas en el CD, también disponemos de un marco legal. Así viene estipulado en la Constitución Española en su artículo 18 del Código Penal, en la Ley Orgánica de Protección de Datos (15/1999) y en la ley de Autonomía del Paciente (41/2002).

Por todas estas cuestiones, debemos considerar y tener siempre presente, que en Medicina 2.0, “NO TODO VALE”. No perder la prudencia y el cuidado exquisito sobre el secreto médico y la confidencialidad.

La llegada de la pandemia de COVID 19 ha modificado muchas de nuestras actuaciones, entre ellas la TELEMEDICINA, que en muchos campos permanecerá tras la superación de estos tiempos.

Entre las RRSS existentes, las más utilizadas son WhatsApp, Facebook, Twitter, Instagram, aunque hay muchas más.

Ventajas y Desventajas de las RRSS en la pandemia por Covid

VENTAJAS:

Cercanía: Las RRSS han acortado las distancias, posibilitando el contacto familiar, profesional y social. En el confinamiento han tenido un papel fundamental en el día a día. Han aportado una importante disminución del aislamiento y la soledad de pacientes hospitalizados y aportar información a los familiares.

APOYO: aprendizaje para la educación.

COMPARTIR: fotos de nietos para los abuelos, videos, recetas de cocina, tablas de gimnasia, etc.



ENTRETENIMIENTO y VARIEDAD

CONOCIMIENTOS: Realización de cursos, master, y aprendizaje de nuevas materias

TELEMEDICINA: Consultas, revisiones,

comunicación de resultados de pruebas y analíticas. Segundas consultas. Solicitud de citas. Estas acciones han de ser comprensibles, veraces, ponderadas y prudentes.

Durante la pandemia, las RRSS han servido para comunicar el estado de la misma y dar recomendaciones a la población general.

DESVENTAJAS:

Dudas en la veracidad de la información: Fake News

Uso incorrecto con peligro de romper la Privacidad: evitar los datos

secundarios que pueden identificar al paciente. Siempre solicitar la autorización

Pobre actualización y falta de control en los contenidos y en los autores (periodistas, comentaristas, curanderos etc.)

Distorsión de la realidad e Inseguridad: Las RRSS son una puerta al mundo y nos expone a peligros. La inmediatez de las RRSS no las tiene ningún otro medio de comunicación.

Peligro de aislamiento sobre todo en niños y adolescentes.



Como hemos visto, las RRSS son una herramienta de gran poder, con sus luces y sombras. Estará en nuestro quehacer diario. Pero no debemos olvidar que en ellas estamos sometidos a las mismas normas éticas y legales que en nuestras consultas diarias.

Dra D^a. Pilar Moreno Paredes,
Vocal de la Comisión de Ética y Deontología del
Excmo. Colegio O. de Médicos
de la Provincia de Cádiz

**CUESTIONES
ÉTICO-DEONTOLÓGICAS
DE LA
TELEMEDICINA
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

“Ojo a las situaciones inesperadas. En ellas se encierran, a veces, las grandes oportunidades.”

El Decálogo de Pautas Asistenciales en Telemedicina del CACM define la Telemedicina como: *La prestación de un servicio de asistencia médica llevado a cabo por profesionales sanitarios a través de las nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC)*”. Y como si de una referencia a la frase inicial, de Joseph Pulitzer se tratase, la telemedicina ha transformado el horizonte de profesionales y pacientes, y nos ha llevado a plantearnos una serie de cuestiones a las que intentaremos dar respuesta a través de este artículo.

Conviene señalar que, aunque ya en 2010, la Agenda Digital Europea había establecido que, en 2020, todos los países de la Unión debían tener un uso generalizado de la telemedicina; lo cierto es que, hasta la pandemia, la experiencia en este campo por parte de atención primaria, se limitaba a la oferta de algunas citas telefónicas en los centros de salud, y al pilotaje de la teleconsulta con algunas especialidades hospitalarias.

No obstante, la Covid-19 lo cambió todo. Y, el sistema sanitario tuvo que adaptarse modificando la tradicional relación médico-paciente. Como médico de familia, debo confesar, que han sido numerosas las ocasiones dónde, tras recibir una consulta telefónica por parte de un paciente, me han invadido una serie de incertidumbres.

1.- El Art. 26.3 del CDM dice:” *El ejercicio clínico de la medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet, es contrario a las normas deontológicas. La actuación correcta implica ineludiblemente el contacto personal y directo entre el médico y paciente*”. Por tanto, la primera cuestión a plantear es: ¿la telemedicina cuestiona los aspectos deontológicos del Acto Médico?

No cabe duda, que mediante la relación médico-paciente presencial, además de recabar datos mediante la exploración clínica, también podemos obtener importante información a través de la observación de los aspectos no verbales del paciente. Y, por otro lado, esta cercanía proporciona las mejores condiciones para transmitir informaciones especialmente sensibles.

No obstante, con la llegada de la pandemia y la situación de riesgo para pacientes y profesionales, tuvimos que adaptarnos y otorgar el protagonismo a la vía telemática. Pero este cambio de modelo no puede suponer una merma para el Acto Médico en sí, puesto que en el art. 7 del CDM

se establece que: *“Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos”*.

2.- Otro aspecto a plantear es: ¿la telemedicina asegura la salvaguarda de la confidencialidad y del secreto profesional?

El art. 27 1 dice: *“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”*.

Indudablemente, cuando ya se conoce al paciente, el médico sí puede identificarlo cuando llama por teléfono; y a su vez, el paciente también puede reconocer la voz de su médico. Pero en los casos en que no exista esta relación previa, resulta imprescindible que el médico se identifique, y que trate de asegurarse de que su interlocutor es el paciente con el que se quiere establecer la consulta; sobre todo cuando se van a tratar datos especialmente sensibles y/o protegidos.

Quizás este aspecto puede solventarse en las “futuras” consultas a través de videollamadas, pero también en estas situaciones debemos estar atentos para no vulnerar la confidencialidad, ya que a través de una pantalla no podemos tener la seguridad de que no hay alguien más junto al paciente, que pueda ser un receptor “involuntario” de información sensible.

3- Por otro lado, el art. 5 del CDM dice: *“El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna”*.

A la hora de utilizar la telemedicina, no debemos olvidar que pueden existir limitaciones de acceso a los medios tecnológicos por parte de algunos de nuestros pacientes, y esta circunstancia supondría una discriminación asistencial y/o un menoscabo en la equidad. Por tanto, es fundamental tener en cuenta una serie de aspectos tales como la edad, el nivel cultural del paciente, y la destreza en el manejo de las nuevas tecnologías.

Una vez planteadas algunas de las cuestiones ético-deontológicas de la telemedicina, resulta imprescindible señalar que cuando hablamos de telemedicina, no estamos haciendo referencia a un tipo de medicina. Al igual que el estetoscopio, la telemedicina es sólo una herramienta para **complementar, pero nunca sustituir y/o suprimir** a la relación personal médico-paciente. Y, al igual que otras formas de prestación de cuidados, debe personalizarse en función de los pacientes y sus necesidades individuales.

Resulta innegable, que la celeridad con que hemos puesto en marcha la telemedicina ha provocado, en ocasiones, descontento y frustración tanto en pacientes como en profesionales. No obstante, este tipo de asistencia ha llegado para quedarse, y de nosotros dependerá que sea una herramienta que nos permita realizar una medicina de calidad y acorde con el Código de Deontología. Para ello, las autoridades sanitarias deberán proporcionar y reforzar recursos, como MERCURIO, los profesionales deberemos formarnos en protocolos adaptados a las teleconsultas, y los pacientes deberán involucrarse y aprender a realizar algunas autoevaluaciones tales como control de la tensión arterial, el pulso cardiaco o la saturación de oxígeno.

Ahora, la prioridad es vencer al SARS-Cov-2, pero también tenemos que prepararnos para lo que sucederá después. En este periodo de incertidumbre, una cosa es segura: la atención sanitaria será diferente. Por eso quizás sea el momento de recordar las palabras de Antonio Buero Vallejo: *“Duda cuanto quieras, pero no dejes de actuar”*.

Referencias bibliográficas:

- 1- Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. OMC. 2011
- 2- Decálogo de Pautas Asistenciales en Telemedicina del CACM. 2021

Dra. D^a. Marina Gómez Ríos
Vocal de la Comisión de Ética y Deontología del
Excmo. Colegio O. de Médicos
de la Provincia de Cádiz

**DERECHO A LA INTIMIDAD
Y
SECRETO PROFESIONAL**

Para centrar el tema que nos ocupa, haremos un breve recuerdo de los requisitos de la “Ética de mínimos”, también denominada “Ética Civil”.

Para ello empezaremos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

DERECHOS HUMANOS.

El Derecho a la Intimidad.

13. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación.

Queda meridianamente claro que “Nadie” debería tratar de dañar nuestra reputación. Nadie tiene el derecho de entrar en nuestra casa, abrir nuestras cartas o molestar a nosotros o a nuestra familia sin una buena razón..... judicial o de socorro.

Por otra parte, también se recoge en el artículo 8 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y en el artículo 16.1 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Anteriormente, a nivel europeo, se había adoptado la Directiva 95/46/CE citada, cuyo objeto era procurar que la garantía del derecho a la protección de datos personales no supusiese un obstáculo a la libre circulación de los datos en el seno de la Unión, estableciendo así un espacio común de garantía del derecho que, al propio tiempo, asegurase que en caso de transferencia internacional de los datos, su tratamiento en el país de destino estuviese protegido por salvaguardas adecuadas a las previstas en la propia directiva.

¿Qué dice nuestra **CONSTITUCIÓN** (tan puesta en entredicho últimamente)?

CAPÍTULO SEGUNDO

Derechos y libertades.

Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

Sección 1.a De los derechos fundamentales y de las libertades públicas

En su artículo correspondiente al núcleo de nuestra intervención vamos a recordar su artículo 18.

Artículo 18.

1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

2. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito.

3. Se garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial.

4. La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.

Por su parte el artículo 20 sirve de colofón a lo arriba indicado:

Artículo 20. 1. Se reconocen y protegen los derechos:

4. Estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia.

Continuando con nuestro hilo argumental y como no puede ser de otra manera, hemos de señalar a nuestro “imperativo categórico” como diría Kant, nuestro Código Deontológico....

CODIGO DE DEONTOLOGÍA MEDICA

DEFINICIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1 La Deontología Médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico.

Artículo 2

1.- Los deberes que impone este Código, en tanto que, sancionados por una Entidad de Derecho Público, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en la que la practiquen.

Sentadas tan claramente nuestras pautas de conducta, vamos a recordar que manifiesta el Código de Deontología de los Galenos en relación con nuestra obligación de sigilo:

V 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.

He resaltado, obviamente, de forma intencionada el apartado 1 y el 7, para las líneas siguientes.

La protección de las personas físicas en relación con el tratamiento de datos personales es un derecho fundamental protegido por el artículo 18.4 de la Constitución española (como hemos dicho con anterioridad).

Nuestra Constitución fue pionera en el reconocimiento del derecho fundamental a la protección de datos personales cuando dispuso que «la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos». Se hacía así eco de los trabajos desarrollados desde finales de la década de 1960 en el Consejo de Europa y de las pocas disposiciones legales adoptadas en países de nuestro entorno.

Por otra parte el Tribunal Constitucional señaló en su Sentencia 94/1998, de 4 de mayo, que nos encontramos ante un derecho fundamental a la protección de datos por el que se garantiza a la persona el control sobre cualquiera de sus datos personales, y sobre su uso y destino, para evitar el tráfico ilícito de los mismos o lesivo para la dignidad y los derechos de los afectados. De esta

forma, el derecho a la protección de datos se configura como una facultad del ciudadano para oponerse a que determinados datos personales sean usados para fines distintos a aquel que justificó su obtención.

Por su parte, en la Sentencia 292/2000, de 30 de noviembre, lo considera como un derecho autónomo e independiente que consiste en un poder de disposición y de control sobre los datos personales que faculta a la persona para decidir cuáles de esos datos proporcionar a un tercero, sea el Estado o un particular, o cuáles puede este tercero recabar, y que también permite al individuo saber quién posee esos datos personales y para qué, pudiendo oponerse a esa posesión o uso.

Y para finalizar traemos a colación algunos artículos de la Ley de Protección de datos.

TÍTULO I

Disposiciones generales

La presente ley orgánica tiene por objeto:

a) Adaptar el ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos, y completar sus disposiciones.

El derecho fundamental de las personas físicas a la protección de datos personales, amparado por el artículo 18.4 de la Constitución, se ejercerá con arreglo a lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 y en esta ley orgánica.

b) b) Garantizar los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución.

Pues bien, ¿qué hemos estado observando (y seguimos haciéndolo) durante la pandemia que nos azota?

Estas son algunas perlas leídas o “vistas” en los medios de comunicación de nuestro país otrora acostumbrada a los “partes de lesiones” de las Plazas de Toros.

“Son ya muchos los políticos que han dado positivo en COVID-19, algunos de ellos están ingresados, otros ya han superado la enfermedad y la mayoría, en un ejercicio de responsabilidad, ha decidido seguir trabajando desde sus casas, con medidas de seguridad y en cuarentena”.

“Dos ministras, la vicepresidenta primera, dos presidentes autonómicos, la mujer del presidente Pedro Sánchez, el líder de Vox, ex políticos y varios diputados y senadores luchan contra el virus”.

“Las ministras Irene Montero y Carolina Darias, y la vicepresidenta primera, Carmen Calvo, han dado positivo”.

“El virus también ha golpeado a algunos presidentes autonómicos. La presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, dio positivo y se encuentra teletrabajando, al igual que el presidente de la Generalitat, Quim Torra. El vicepresidente de la Generalitat, Pere Aragonés, también dio positivo”.

“Tras Ortega Smith, resultaron infectados otros miembros de su partido como su líder Santiago Abascal, que hace unos días él mismo confirmó que “después de una semana de cuarentena sin ningún tipo de síntoma, el laboratorio me confirma que he superado el Co-vid19”; la diputada Macarena Olona; y Carlos Zambrano, diputado de VOX por Cádiz en el Congreso”.

“Asimismo, la ex presidenta del Congreso de los Diputados Ana Pastor también resultó contagiada, pero, tras 15 días de aislamiento, Pastor confirmó haber superado el coronavirus. El diputado de Galicia En Común, Antón Gómez Reino, también dio positivo”.

“También permanecen ingresados el expresidente de la Generalitat Valenciana, Alberto Fabra, y el exconsejero y presidente de las Cortes de esta comunidad, Juan Cotino”.

“Este lunes también se conocía que la expresidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre, y su marido, Fernando Ramírez de Haro”...

Podríamos estar, varias horas leyendo noticias de estar índole, donde sin ningún pudor ha trascendido la intimidad de las personas, los datos sensibles protegidos.... al dominio público. Les traigo a sentencia del Tribunal Supremo donde se afirma, con rotundidad, 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, formando parte de su derecho a la intimidad. Finalmente, no quiero que parezcan mis palabras como una “acusación” hacia los sanitarios que han intervenido en la asistencia a todas las personas afectadas por este maldito virus. Solo he querido poner de manifiesto que hasta se ha “infectado” por la pandemia el derecho a la intimidad de nuestros pacientes.

Dr. D. Miguel Ángel Vizcaya Rojas
Vocal de la Comisión de Ética y Deontología del
Excmo. Colegio O. de Médicos
de la Provincia de Cádiz

REPERCUSIONES SOBRE LA ATENCIÓN A OTRAS PATOLOGÍAS

El nuevo virus denominado por la Organización Mundial de la Salud como SARS-CoV-2, y causante de la Covid-19 (Coronavirus Disease, 2019), ha generado una pandemia que ha puesto a prueba los sistemas sanitarios de todos los países del mundo.

Una encuesta de la OMS revela que los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles se han visto gravemente afectados desde el comienzo de esta pandemia. La encuesta, que fue completada por 155 países durante un período de tres semanas en mayo pasado, confirmó que el impacto es mundial, pero que los países de ingresos bajos son los más afectados. Esta situación es muy preocupante porque las personas que viven con enfermedades no transmisibles corren un mayor riesgo de enfermarse gravemente por Covid-19 y morir.

Es cierto que la gravedad de la crisis provocada propició que las autoridades de todos los sistemas sanitarios tuvieran que emprender planes de contingencia y medidas de salud pública extraordinarias para afrontarla, como son: el confinamiento, el distanciamiento interpersonal, el autoaislamiento, el uso de mascarillas y el aumento del número de camas hospitalarias (sobre todo en salas críticas), además del aumento de recursos electromédicos y de personal cualificado, sumado a la reorganización de los protocolos de atención médica en sus diversos niveles.

A pesar de que las medidas descritas con anterioridad sean herramientas necesarias para abordar la pandemia de manera correcta, esto ha generado efectos colaterales a múltiples niveles, en los usuarios de estos sistemas sanitarios que no padecían la Covid-19, como consecuencia de esas medidas para prevenir el contagio. Se han suspendido las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, la realización de pruebas y diagnósticos en todos los niveles asistenciales, desde Atención Primaria a especializada, incluidos los centros privados y asociaciones de pacientes.

El colapso del sistema sanitario, el desconocimiento sobre cómo enfrentarse a la nueva situación, la incertidumbre ante lo que podía suceder y la falta de medios para atender con seguridad ha generado que las terapias se retrasen en la mayor parte de los casos, o se reduzcan a un seguimiento telefónico o por videollamada, cuando las circunstancias lo han permitido.

Ante esta situación de alarma inesperada, se ha demostrado que los Sistemas Nacionales de Salud no estaban preparados, lo que ha conllevado también la anulación de las consultas programadas y terapias complementarias, y ha provocado un empeoramiento en la enfermedad de base, especialmente a ciertos pacientes crónicos. El reto a nivel sanitario ha sido histórico, y el balance en Europa, no es bueno.

Además del caos económico que genera el virus, los efectos en los sistemas de salud no solo implican un mayor consumo de recursos para atender a los pacientes infectados por Covid, sino que también, se produce un abandono sobre aquellos que necesitan atención sanitaria no relacionada con el coronavirus.

Múltiples expertos coinciden en que gran parte de la culpa del abandono que ha sufrido el resto de las patologías está en el colapso de la atención primaria.

La atención primaria es un servicio público de alta capilaridad, llega a todos los lugares, es el referente natural, por lo que lo llamamos la puerta de entrada del sistema sanitario, pues para acudir a un especialista, se debe ir primero al Médico de Familia, que es el que luego va a hacer el seguimiento, mantener el tratamiento y acometer todas las tareas de atención sanitaria y de prevención. Es una pieza básica del sistema sanitario.

En medio de la pandemia, los centros de atención primaria cerraron las consultas presenciales salvo para casos extremos, y en su lugar, prestaron asistencia telefónica. Al mismo tiempo, las listas de espera para ser atendidos por especialistas se cerraron, por lo que los pacientes no tenían la posibilidad de acceder a una cita con especialistas a través de las mismas.

Por otra parte, también se ha observado una importante disminución de consultas por situaciones de urgencias no motivadas por la Covid-19, sobre todo cardíacas y neurológicas, lo cual resulta preocupante porque aumentaron la morbilidad y mortalidad de la población general. Este fenómeno probablemente se debió a diversos factores, como el miedo de la población a concurrir a los hospitales e infectarse con el virus, a las instrucciones de las autoridades para permanecer confinados en sus hogares y a la reorganización de la atención médica.

Debido a la gravedad de la situación, particularmente esta pandemia por el Covid-19 ha ocasionado un parón en la atención a los pacientes crónicos, incluso el retraso del diagnóstico de enfermedades graves como los ictus o los infartos. Desde las asociaciones de pacientes subrayan el brutal impacto que esta crisis está dejando también en la salud física y emocional de las personas con enfermedades crónicas.

Un ejemplo importante lo han protagonizado los pacientes de ictus, detectándose un descenso drástico de las consultas por ictus en urgencias desde que se decretó el Estado de Alarma, de hasta un 50 %. Esto en cuanto a su detección, pero los pacientes que ya habían sufrido un ictus tampoco han podido continuar con su rehabilitación y terapia, a pesar de que la tardanza en la recepción del tratamiento en la primera fase de la enfermedad empeora el desarrollo de la misma causando un gran impacto en los pacientes.

Algo parecido ha sucedido con los infartos. Desde la Sociedad Española de Cardiología se han publicado datos que reflejan que, durante la pandemia, se ha producido una disminución de la atención en el infarto en un 40 %.

En otra patología, desde la Fundación Luzón, "Unidos contra el ELA", aseguraban que más del 70 % de los enfermos de ELA en España no estaban recibiendo los cuidados necesarios para atender sus necesidades, que ya estaban recibiendo: se suspendieron sus terapias y se redujo al mínimo la atención domiciliaria

La rehabilitación, la fisioterapia, la logopedia y la terapia ocupacional, fundamentales para mantener la autonomía personal en las actividades básicas de la vida, en pacientes afectados por enfermedades que producen secuelas de discapacidad en dichos aspectos y tan esenciales como el resto de su tratamiento, no solo se suspendieron, sino que cuando se reanudaron se vieron afectadas por numerosas limitaciones, derivadas de las nuevas normas de conducta asistenciales

y sociales impuestas, conllevando la pérdida de parte de la ya mermada capacidad motora y de relación de los mismos.

Particularmente afectadas han sido las acciones de promoción y prevención en la atención domiciliaria a las personas inmovilizadas. La Confederación Española de Alzheimer también pone de manifiesto el trastorno que esta crisis sanitaria ha tenido para las personas con alzhéimer ya que “el confinamiento ha supuesto la ruptura instantánea de una rutina perfectamente asumida y asimilada por el paciente con demencia, con lo que se han perdido años de calidad de vida en tan solo unos meses”.

Otro aspecto ha sido el agravamiento de problemas de salud mental previos y aparición de nuevos problemas derivados de la propia crisis en todos sus ámbitos y que no se han podido prevenir y tratar adecuadamente, como el estrés postraumático o los trastornos emocionales.

Igualmente se han multiplicado los casos de desestabilización de patologías crónicas tales como diabetes, hipertensión o insuficiencia renal.

Si la pandemia ha impactado de forma brutal en la atención de otras enfermedades, en el caso de aquellas que son raras, la situación ha sido aún más grave. La Federación Española de Enfermedades Raras, denuncia que el 75% de los tres millones de personas afectadas por alguna de ellas han visto interrumpidas sus terapias. El 25% cuyos tratamientos no se han interrumpido, en su mayor parte han recibido asistencia telefónica o aplazamientos de sus revisiones.

Finalmente hay que dejar constancia también aquí de aquellos que necesitaban un tratamiento quirúrgico y se han visto privado del mismo, al cancelarse o diferirse las cirugías programadas.

En este contexto, en los países en los que el sistema de salud público ha sufrido mayores niveles de estrés, cabría esperar un aumento de la demanda de atención sanitaria privada, pero no ha sido el caso. En España, muchos pacientes que necesitaban atención médica terminaron por desistir en medio del colapso.

Pasará algún tiempo antes de que conozcamos el alcance total de las repercusiones de las interrupciones de la atención sanitaria durante la pandemia de COVID-19 en las personas con enfermedades no transmisibles.

En resumen, debemos dejar en claro que, si bien la pandemia por Covid-19 representa un desafío para la salud pública y es prioritario que los esfuerzos se centren en abordar la crisis, no debemos olvidar todos los efectos colaterales que están generando y continuarán teniendo sobre la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gacetamédica.com/profesión/Covid 19: *Un abordaje del impacto en atención sanitaria, sanitarios, pacientes y economía*. Feb'2021. Daniela González
2. Balancesociosanitario.com/sanidad/*Impacto en la desatención a pacientes crónicos durante la crisis por covid-19*. Jun 2020. Carmen Moreno
3. Cincodias.elpais.com/cincodías/economía1603391691_175591.html.*El colapso provocado por el covid-19 eclipsa al resto de enfermedades* Oct'020. Fernando Belinchon

Dr. D. José Miguel Merino Aranda
*Vocal de la Comisión de Ética y Deontología del
Excmo. Colegio O. de Médicos
de la Provincia de Cádiz*

COVID 19

ASPECTOS ÉTICOS DE LA VACUNACIÓN

A Finales de 2020 empezaron a distribuirse en la Unión Europea las vacunas contra la COVID-19. El Ministerio de Sanidad elaboró una estrategia de vacunación para que alcanzara cuanto antes a toda la población. Problemas relacionados con la distribución han provocado que el programa de vacunación se esté retrasando.

Independientemente de ello y desde el punto de vista de la ética, son muchas las cuestiones que nos planteamos, pero hemos seleccionado las que nos han parecido más interesantes e intentaremos darles respuesta, siempre teniendo en cuenta que la ética es dinámica y que dos o más grupos pueden discutir de un aspecto ético, llegar a distintas conclusiones y ser todas válidas si están argumentadas.

1.- Respecto a la priorización de la vacunación: ¿Quiénes deben ser los primeros que deben recibir la vacuna?

Vemos en los informativos que en otros países han sido los políticos o los altos dignatarios los primeros en vacunarse, y lo ha hecho además delante de las cámaras. El motivo podría ser el animar a la población a vacunarse. También se podría haber optado por vacunar antes a los jóvenes.

En España, el Ministerio de Sanidad elaboró una estrategia de vacunación, estableciendo el siguiente orden:

- a) Residentes y personal sanitario y sociosanitario que trabaja en residencias de personas mayores y de atención a grandes dependientes
- b) Personal de primera línea en el ámbito sanitario y sociosanitario
- c) Otro personal sanitario y sociosanitario
- d) Personas consideradas como grandes dependientes (grado III de dependencia, es decir, con necesidad de intensas medidas de apoyo) que no estén actualmente institucionalizadas.
- e)

Desde mi punto de vista no se habría entendido que se vacunara en primer lugar a los jóvenes en los que la incidencia de mortalidad es menor, aunque su contagiosidad sea más elevada, cuando nuestros mayores merecían ser los primeros y es a ellos a los que todo les debemos, además de haber sido los que han soportado el mayor índice de mortalidad y soledad.

Cada país elige el orden de vacunación. Nada es mejor, pero sí es importante que el plan de vacunación alcance al 100% de la población y sobre todo que sea transparente.

2.- ¿Debe ser obligatoria la vacunación?

Confluyen aquí el derecho a la integridad física y el derecho al rechazo al tratamiento con un problema de Salud Pública. Ningún derecho es absoluto, y mucho menos si de él se derivan perjuicios a otros, como sería el caso de la COVID 19. Por ejemplo, si alguien no se quiere vacunar del virus del papiloma humano, será una persona la que se vea afectada; pero si no se quiere vacunar de la COVID 19, afectaría a gran parte de la población. Estaríamos ante un problema de Salud Pública.

En mi opinión, la vacunación debería ser obligatoria porque, si bien no se puede forzar a nadie, sí se puede exigir un certificado o carnet de vacunación a la población para acceder a lugares públicos (aviones, hoteles, conciertos...). Hay que proteger la salud y recordemos que un 5% de la población, a pesar de estar vacunados no va a desarrollar inmunidad.

4.- ¿Qué hacer con los excedentes de las vacunas?

Las primeras vacunas que llegaron a nuestro país fueron las de Pfizer y las de Moderna, presentadas en viales de los que se podían obtener 5, 6 y hasta 7 dosis. En un principio la OMS recomendó que solo se obtuvieran 5., aunque más adelante se vio que la sexta dosis era posible.

Las citas para la vacunación han sido muy estrictas, podríamos decir que cada dosis de vacuna tiene un destinatario concreto, esto unido a la escasa vida de las vacunas sin refrigeración dio origen a conflictos: ¿qué debía hacerse con la dosis del ciudadano que no ha acudido a vacunarse, o con la sexta dosis que se habría obtenido?

En algunos puntos de vacunación, si daba tiempo, se intentaba localizar a personas anónimas. Se originó una gran crispación en la población cuando se divulgó que tal alcalde, tal político, militar o tal eclesiástico se habían vacunado en estas circunstancias, pero ¿qué es mejor? ¿ponerla a personas que según la estrategia del Ministerio no les correspondía o desecharlas? No se deben desechar vacunas. Es cierto que no es ilegal (la estrategia de vacunación no es una ley) pero todos entenderíamos que se les administrara a personas anónimas (pensemos por unos instantes, que estamos en nuestra casa y se nos avisa porque ha sobrado una vacuna y nos animan a ir al punto de vacunación. ¿Irámos?, Creo que sinceramente todos diríamos que sí. Sin embargo, no entendemos que se hayan vacunado sin que les correspondiera a cargos públicos que deben ser ejemplares y ejemplarizantes

5: ¿Se les debe poner la segunda dosis a aquellos que han recibido la primera sin que les correspondiera?

Podríamos decir que sí o que no.

Si decimos que sí, el razonamiento sería: ya que se les ha administrado la primera dosis, administremos la segunda, porque es mayor el beneficio que el daño que cometieron a la sociedad al vacunarse antes de tiempo (en caso contrario estaría mal aprovechada, además de estar favoreciendo la aparición de nuevas mutaciones). Así pues, administremos la segunda dosis.

Si decimos que no, sería un “Aviso a navegantes: No te cueles que no habrá segunda dosis para ti”, como comunicó el Presidente de la Comunidad Valenciana

Mi opinión es que es más prudente administrar la segunda dosis con independencia del reproche que pudieran recibir (penalización social, política o económica)

6.- ¿Es ético el Turismo de vacunas?

El turismo sanitario está implantado en el mundo desde hace tiempo. Nuestro país ocupa el lugar nº 15. Esta actividad mueve muchos recursos y como no, también se ha implantado el de vacunas.

La venta de paquetes turísticos a diversos puntos del planeta (Florida, India, Dubái o Madagascar...) con vacunación incluida, desde mi punto de vista es inaceptable, partiendo de la base de que las vacunas no deben estar disponibles en servicios privados hasta que no hayan sido vacunados todos los grupos vulnerables y se garantice un suministro adecuado. Esto es una estrategia exclusiva para personas adineradas y por tanto va contra la ética.

Y para finalizar, al estar en un mundo globalizado, las campañas de vacunación deben llegar a todos los rincones del planeta si queremos vencer realmente esta enfermedad. De nada sirve vacunar a todos los europeos, rusos, chinos... si nos olvidamos de los países del llamado tercer mundo y de las personas más desfavorecidas.

Dra D^a Pilar Martínez García
Secretaria de la Comisión de Ética y Deontología del
Excmo. Colegio O. de Médicos
de la Provincia de Cádiz

COVID 19

CUIDADOS PALIATIVOS

La pandemia originada por el coronavirus SARS-Co-2 está poniendo de manifiesto en muchas ocasiones en que se producen cuadros graves, la necesidad de potenciar el cuidado de estos enfermos en sus múltiples aspectos, el cuidado de su entorno familiar y el cuidado de los profesionales que los atienden. Existen guías que analizan cada una de las situaciones que se pueden presentar, no solo confeccionadas por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, sino por Universidades e Instituciones sensibilizadas con este tema y que son de gran ayuda para el manejo de las diferentes situaciones.

En los últimos tiempos se ha hablado y se sigue hablando con mucho énfasis de los Cuidados Paliativos, como consecuencia de que el gobierno se ha propuesto aprobar una Proposición de Ley sobre la Eutanasia en unos momentos tan inoportunos, antes de procurar generalizar la atención en Cuidados Paliativos.

Como el tema es extraordinariamente amplio, me parece interesante hacer un breve recorrido por la historia de este tipo de atención, sobre todo en este tiempo en que existe una especial sensibilización por los cuidados al final de la vida.

La ética tradicional del cuidado estuvo basada en la confianza, la fe, la esperanza y el amor. De los cuidadores se esperaba buenos sentimientos y mejor voluntad. Clásicamente esto ha sido frecuente en grupos y equipos vinculados clásicamente a la asistencia y los cuidados, mayoritariamente Congregaciones religiosas generalmente femeninas, aunque hay también algunas masculinas.

A lo largo de la historia fue la enfermería constituida fundamentalmente por mujeres la que se ocupó del cuidado. Y precisamente fue una mujer, una enfermera, Cecily Saunders, la que asumió su compromiso, personal y profesional, para hacer frente al reto de no abandonar al enfermo al que la medicina ya no puede curar. La generosa determinación de esta enfermera inglesa del siglo XX sentó las bases de una revolución pacífica que ha cambiado el rostro de la muerte para miles de personas, gracias al nacimiento de los cuidados paliativos modernos y a un concepto novedoso de centro asistencial, conocido en todo el mundo como Movimiento Hospice. Cecily Saunders fue capaz de transformar el tratamiento del dolor y la asistencia a los enfermos que se encuentran en la fase final de su enfermedad. A estos enfermos les dice mirándoles a los ojos: *«Tú importas porque eres tú, y tú importas hasta el último momento de tu vida. Nosotros haremos todo lo que podamos, no solo para ayudarte a morir apaciblemente, sino también para ayudarte a vivir hasta que mueras»*. Ella creó un movimiento que consideraba que la fe religiosa es necesaria, o al menos muy importante para ofrecer buenos cuidados. Por eso, en sus comienzos este tipo de atención nació en muchos países fuera del

sistema sanitario público, inspirada en motivos religiosos, pero con el paso del tiempo esos motivos religiosos que fueron importantes en sus orígenes hoy lo son sólo para una minoría de personas que proporcionan este tipo de asistencia.

Entre la bibliografía existente sobre bioética y cuidados paliativos hay artículos claramente orientados en el sentido de la ética de la convicción en los que el respeto a la vida humana, tanto de la ajena como de la propia, representan el primer imperativo ético, el principio primero y fundamental. Se hace patente que el derecho a la vida es anterior al derecho a la libertad. No podemos olvidar que para ser libres es necesario estar vivos, pues la vida es un requisito indispensable para ejercer la libertad. Si los cuidados paliativos son importantes, lo son por sí mismos, no como medio para evitar la eutanasia. Se ha de tener en cuenta lo que Beauchamps y Childress (impulsores de los principios de la Bioética) defendían en cuanto a ponderar principios y razones. No existen principios absolutos, sino que las decisiones serán inevitablemente inciertas, pero al mismo tiempo han de ser reflexivas, equilibradas y prudentes. Esos juicios ponderados han de tener en cuenta dos principios éticos generales que son al mismo tiempo relevantes cada uno de ellos y opuestos entre sí: el de utilidad y el de justicia.

La introducción de cambios en el cuidado de los pacientes en situación terminal precisa de dos condiciones: modificar el marco cultural de manera que se contemple la muerte como un fenómeno natural, aceptando que es inevitable; e incrementar la presión de la opinión pública sobre el sistema sanitario a fin de conseguir mayores inversiones en la mejora del proceso de morir. Una editorial de Anales de Medicina Interna de hace unos años decía: *“La solución que ofrecemos en los últimos años de vida define en gran medida la sociedad que tenemos. Debemos proporcionar a nuestros pacientes una muerte serena y digna, sin dolor y con tan poca angustia y ansiedad como sea posible”*.

No se trata de contraponer eutanasia y cuidados paliativos. Tradicionalmente se considera que un paciente afectado por una enfermedad incurable puede desear adelantar el momento de su muerte fundamentalmente por evitar o suprimir el dolor y el sufrimiento. Sin embargo, en base a los análisis realizados por psicólogos de prestigio nacionales e internacionales, se debe considerar que ese paciente desea el final en gran medida como una estrategia para controlar su miedo a la pérdida de identidad y que en muchos casos tal situación podría disminuirse o eliminarse introduciendo cambios significativos en su entorno psicológico, logrando el soporte afectivo suficiente dentro de unos cuidados paliativos adecuados.

El concepto de muerte ha ido evolucionando en nuestra sociedad de forma progresiva hasta la segunda mitad del s. XX en que tiene lugar una auténtica revolución tecnológica. Desde tener un carácter social y cotidiano dentro de unas coordenadas religiosas, hasta hoy en que esa conciencia de muerte se ha erradicado del inconsciente de la sociedad y de la vida cotidiana. En medicina se tenía muy claro que, en determinadas situaciones en que la muerte era inminente y la medicina no

iba a poder parar la evolución de la enfermedad, había que abstenerse de tratar para no infligir mayores sufrimientos, ni prolongar agonías. Cuando se introduce la alta tecnología en Medicina, se forman generaciones de médicos a los que esas técnicas les permiten hacer muchísimas cosas, habiéndose introducido la idea de considerar a la muerte como una derrota. A veces le cuesta al médico asumir su fracaso. Pese a todo, el médico sigue teniendo que tomar decisiones en un contexto de leyes de probabilidades. El marketing de la medicina, de alguna manera transmite a la sociedad la idea de que “todo lo puede”, que no hay problema que no pueda solucionar. Y eso, naturalmente, es falso. A veces, hay que actuar con premura de tiempo en las decisiones que se toman, en personas vulnerables, con una Autonomía comprometida por su situación general, y en la que se ven implicados valores internos de la persona, que nadie enseñó a manejar durante los estudios de la Licenciatura. Se ha llegado a una situación, y sobre todo durante esta pandemia, en la que ya no se muere en casa, en la familia, sino en el hospital y, como consecuencia de las medidas de prevención, sin acompañamiento familiar. Allí tiene lugar una muerte intervenida y a veces gestionada. Se está privando a la persona de su proceso de muerte, íntimo, personal y trascendente.

Hoy día, el Principio de beneficencia que no armonice con la Autonomía del paciente y que pretenda ser impuesto, no es éticamente admisible. A través de este Principio se garantiza la continuidad del cuidado, aunque se haya renunciado por inexistente, al tratamiento curativo. Esta opción representa para el enfermo, el convertirlo en protagonista del final de su vida, pero para el médico significa algo más delicado. Es redefinir su papel ante la muerte y el enfermo que agoniza. Levinasse dice que *“la vocación médica del ser humano consiste en no dejar al prójimo abandonado a su suerte. No es solo curar, sino también cuidar”*. Hay enfermos incurables, pero no enfermos incuidables.

Hay que evitar utilizar tratamiento no indicados que puedan alargar la agonía innecesariamente; pero nunca abandonar el cuidado del paciente en todas sus facetas, estando obligados a adecuar el tratamiento en la medida de lo posible, aun con el uso de medidas que, de forma secundaria, no buscadas, pudieran acortar su vida.

Hay que considerar también el principio de justicia. En el medio sanitario público en que realmente nos movemos, debe haber justicia distributiva, equidad en las prestaciones y efectividad en los tratamientos. La aplicación irracional de recursos terapéuticos a pacientes irrecuperables puede hacer que se restrinjan estos recursos a otros pacientes que sí podrían ser recuperables. Diego Gracia afirma que *“la ética de la asistencia sanitaria ha pasado de regirse por el Principio de Beneficencia a organizarse de acuerdo con el criterio de Justicia”*. Pero conviene puntualizar que, si bien deben existir ciertos límites para crear determinados servicios médicos financiados por el sistema sanitario público, el de medicina Paliativa no debe entrar en este grupo, debiendo ser considerado como un servicio básico y necesario, al que se tenga derecho en una sanidad pública y universal como la nuestra.

En la actualidad, la calidad de la atención prestada a un enfermo que está en situación terminal dependerá de la existencia de una unidad de Cuidados paliativos, que cubra su área de salud. Su no existencia, no tiene en cuenta el principio de Justicia. Como dice Diego Gracia: *“el gobierno que no es capaz de garantizar un Principio ético de primer nivel como es el de Justicia, se encuentra “bajo mínimos morales”*.

Ante una enfermedad terminal el médico siempre debe actuar con criterios de humanidad e independencia. Han de tenerse en cuenta lo que es terapéuticamente inútil, adecuando el tratamiento a las necesidades del paciente. Esto hará en la mayoría de los casos, determinadas situaciones dejen de ser excusa para justificar una supuesta dignificación de la muerte mediante la Eutanasia. Cito de nuevo a Diego Gracia: *“una sociedad civilizada y decente no puede descuidar sus obligaciones de No maleficencia con los enfermos, hasta el punto de colocarlos en situaciones que le hacen preferir la muerte, y, después, aceptar solícitamente esta petición*.

Por otra parte, el Dr. Nulla, en el libro *“Cómo morimos”*, que escribe al final de su vida desde su situación de enfermo, dice: *“Ahora veo las cosas de otro modo. Si pudiera volver a vivir este episodio o hubiera visto en mi carrera algo semejante, escucharía más al paciente y le pediría menos que me escuchara a mí. Mi objetivo era enfrentarme con el enigma. El suyo, era aprovechar aquella medicina que le ofrecía la posibilidad de una muerte clemente”*.

Los cuidados paliativos representan una sólida respuesta sanitaria al sufrimiento relacionado con el final de la vida de los pacientes. Por ese motivo, y tras demostrar su eficiencia, se han convertido en un derecho de todos los ciudadanos españoles, y en una prestación sanitaria básica. Han demostrado eficiencia, ya que provocan un impacto muy positivo sobre la calidad de vida del enfermo (alivio de síntomas, buena comunicación y relación médico-paciente y respeto a sus valores, entre otros), apoyan a las familias, complementan al resto de las medidas, influyen sobre los sistemas sanitarios y ahorran costes.

Por tanto, la atención sanitaria al final de la vida de las personas debe ser una prioridad para las Consejerías de Sanidad de todas las Comunidades Autónomas, llevando a la práctica sin demora las directivas establecidas en la reunión del Consejo Interterritorial de 14 de marzo de 2007, en la que se aprobó por unanimidad la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

Tal y como señala la Organización Mundial de la Salud en su Recomendación 804, la voluntad política es un elemento decisivo para garantizar la adecuada atención a las personas al final de la vida.

Y como dice el Dr. Gómez Sancho, especialista de reconocido prestigio a nivel nacional e internacional en Cuidados Paliativos:

“Los cuidados que un pueblo presta a sus ciudadanos más frágiles, es un exponente de su grado de civilización. En este esfuerzo colectivo, los médicos, fieles a nuestra mejor tradición humanística y humanitaria, siempre deberemos estar comprometidos”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia, Diego. *“Como arqueros al blanco”*. Ed. Triacastela. 2004
2. Requena Meana, Pablo. *“¡Doctor, no haga todo lo posible!”*. Ed. Comares. Granada 2017.
3. Germán Zurriarain, Roberto. *“El final de la vida”*. Ed. Palabra, 2018
4. Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., *Medicina paliativa. Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*, Eunsa, Pamplona 2008
5. Bátiz, J., «¿Derecho a la sedación? Médicos y Pacientes». <http://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-jacinto-batiz-derecho-la-sedacion.2015>.
6. Du Boulay, S., Cicely Saunders. *Fundadora del movimiento de Hospice de Cuidados Paliativos*, Palabra, Madrid 2011.
7. García Sánchez, E., «El rescate de lo humano en el enfermo que se muere», *Cuadernos de Bioética*, 2012, 77: 135-149. **Despertar la compasión. El cuidado ético de los enfermos graves*, Astrolabio, Pamplona 2017.
8. Declaración del Comité de Bioética de España, 4 de marzo de 2020.

Dr. D Jaime Aparicio Santos
Presidente de la Comisión de Ética y Deontología del
Excmo. Colegio O. de Médicos
De la Provincia de Cádiz

COVID 19

**SOLIDARIDAD
INTERPROFESIONAL
DURANTE LA PANDEMIA**

Quiero empezar mi intervención, citando una hermosa definición del médico, profesor ítalo-americano del siglo pasado y restaurador de la ética médica en Estados Unidos.

Dr. Edmund Pellegrino que dijo “La medicina es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades”. Así y en consecuencia siguiendo la definición de Deontología que como todos sabemos es la parte de la Ética que trata de los deberes y principios de una profesión, todos los profesionales que con ella están relacionados tienen el deber inexcusable de establecer sinergias adecuadas con compañeros y compañeras con el fin de mejorar la calidad del trabajo en común, para el bienestar del paciente que es el objetivo principal. Por lo tanto, teniendo en consideración y respetando algunos de los artículos del vigente código de deontología médica, concretamente los artículos 37¹ y 41² respectivamente, se ha de reforzar la solidaridad entre compañeros/as.

La medicina es en esencia una comunidad de profesionales y, para evitar que cada uno busque su propio bien, su propia realización y protagonismo, es necesario recurrir a un fin común que lógicamente es el paciente, y es esta comunidad quien

¹ Artículo 37.

1.- La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen preferencia los derechos del paciente.

2.- Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto, lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas.

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.

² Artículo 41.

1.- El médico debe mantener buenas relaciones con los demás profesionales al servicio de la salud y tendrá en consideración las opiniones de ellos acerca del cuidado de los pacientes.

2.- El médico respetará el ámbito de las competencias de sus colaboradores. Procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus obligaciones específicas.

reúne y dirige las virtudes y conocimientos de cada componente, tratándose entre sí con debida deferencia, respecto y lealtad.

En estos tiempos de pandemia causada por el Sars-CoV-2 el sumario de actividades conjuntas adquiere especial relevancia, actualidad y esfuerzo extremo con el fin de impedir que el Síndrome de Burnout, los contagios y las muertes hagan más presencia en el personal sanitario e interprofesional involucrado, como ha ocurrido y está ocurriendo desgraciadamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Revista Cuadernos de Bioética-Nº 83. Vol. XXV, 1ª 2014- El Legado Moral de Edmund D. Pellegrino.
- OMC- Pautas para una actuación profesional de excelencia. Ámbito 4 y 5 – BQM.
- Código de Deontología Médica- Edición vigente – Capítulo VIII - Relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios.

Dr. D. Fernando Souza Firmo
*Vocal de la Comisión de Ética y Deontología del
Excmo. Colegio O. de Médicos
de la Provincia de Cádiz*

**"DERECHO
A LA
PROTECCION DE LA SALUD"**

En esta época de Pandemia que ninguno recordamos haber vivido, la protección a la salud se convierte en un derecho fundamental de los ciudadanos que se eleva por encima de cualquier otro derecho fundamental.

El derecho a la protección de la salud viene reconocido en el **art. 43** de la C.E., el cual se encuentra dentro del Capítulo III, del Título I, dedicado a los derechos y deberes fundamentales.

El mismo art. 43, en su apartado 2 establece que los poderes públicos deben 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.

Ciertamente, con la profunda crisis sanitaria que vivimos en estos momentos, se ha hecho necesaria la publicación de normas para asegurar la protección de la salud pública, normas que, en muchas ocasiones, han limitado algunos derechos fundamentales de las personas, como el derecho a la libre circulación por todo el territorio nacional y a entrar y salir libremente de España.

La propia C.E, contempla la suspensión de dichos derechos fundamentales en su art. 55 pero nunca la suspensión del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, por eso, la protección a la salud se convierte en un derecho fundamental de índole superior, que no puede ser objeto de suspensión, ni de renuncia por parte de los ciudadanos, al afectar a la totalidad de la población y al ser un bien jurídico especialmente protegido.

Medidas como las restricciones de movilidad de las personas, cierre de actividades no esenciales, el uso obligatorio de las mascarillas, etc.... han modificado profundamente nuestras vidas, y deben ser respetadas, no solo por el deber de cumplir las normas y las leyes, sino también por la obligación ética y moral de los ciudadanos de proteger la salud pública.

Por ello, el ejercicio de los derechos individuales debe respetar siempre todas las normas que regulan la protección de la salud pública.

Es importante destacar, que en la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, éste tiene derecho a no prestar su consentimiento para que se le administre un determinado tratamiento o se le realice una determinada intervención, pero, cuando se trata de cumplir determinadas normas establecidas para garantizar la protección de la salud pública, como es por ej. el uso obligatorio de mascarillas, la persona no puede ejercer su derecho individual a no llevarla sino que debe cumplir con la norma que establece su uso obligatorio.

Y ello, a pesar de que una determinada persona decida no protegerse, o alegue que el uso de la mascarilla le incomoda, o le irrita la piel. En ese caso, su derecho individual a no llevarla no es una opción, pues prevalece el derecho a la protección de la salud pública del que es titular toda la población.

En este sentido, la Ley 41/2002 de autonomía del paciente limita el derecho del mismo a no ser informado, al establecer en su art. 9.1 que la renuncia

del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso.

Con ello, una vez más el derecho a la protección de la salud está por encima de cualquier otro derecho individual, como es el derecho del paciente a no ser informado, obligando al mismo a recibir información por el interés de su salud, de la salud de terceros o de la colectividad.

También, la misma Ley regula el derecho a la información epidemiológica, estableciendo en su art. 6 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.

Por tanto, el derecho a la protección de la salud también otorga otro derecho, el derecho a la información. Es decir, el derecho de los ciudadanos a conocer y ser informados de los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual.

Además, se exige que dicha información no se realice de cualquier forma, sino que debe difundirse en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud.

La época que estamos viviendo es difícil y el derecho a la protección de la salud debe ser el pilar fundamental que debe tenerse en cuenta por todos los poderes públicos, por las autoridades sanitarias y por la población en general.

D^a. Beatriz Lago Rial

Letrada del Excmo. Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cádiz