



RECOMENDACIONES BIOÉTICAS DESDE EL ENFOQUE DE LOS DERECHOS HUMANOS EN PANDEMIA COVID-19

I.- INTRODUCCIÓN

1.- Estas recomendaciones aunque provisorias atento a la naturaleza de la materia a la cual ellas se dirigen, se recuestran en el paradigma establecido por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, y por lo tanto, es que se deben entender enmarcadas en la tradición del derecho internacional de los derechos humanos y el respeto intransferible de la dignidad de las personas y los derechos fundamentales que de ella resultan evidentes.

A la luz de tales definiciones las presentes recomendaciones, respecto a los criterios que se han formulado, como así también las consideraciones prácticas que se habrán de orientar, pues que cobran su adecuada legitimación. A ello cabe agregar, que la misma tradición legislativa de la provincia de Córdoba, permite y acompaña la presente formulación, por una dilatada tradición en materia de bioética y derechos humanos y que en esta ocasión, viene a ser actualizada a la luz de los eventos que se han producido como consecuencia de la enfermedad de SARS-CoV-2.

2.- La normativa internacional en materia de Derechos Humanos (DDHH) garantiza que todas las personas disfruten del derecho al acceso a la salud en su más alto nivel posible, y por ello es fundamental adoptar medidas para prevenir las amenazas a la salud pública que en tal orden se pueden generar, para lo cual es por demás necesario ofrecer al conocimiento de la ciudadanía, la existencia de criterios efectivos que dicha atención médica a quienes la necesiten, no se verá afectada aun en situaciones de emergencia, por la existencia de una pandemia como lo actual, lo cual también significa, que necesariamente en algunas circunstancias no podrá ser brindada ella de igual manera.

El paradigma de DDHH exige que en contextos de emergencia que representan serias amenazas a la salud pública y que ponen en peligro la vida de las personas, las acciones que se lleven adelante tengan siempre sustento normativo que le acuerda la legitimidad respectiva a las prácticas profesionales sanitarias que se cumplen, respeten la dignidad humana y los derechos fundamentales que de ella se desprenden, sean las estrictamente necesarias según las evidencias científicas con las que se cuente, no sean arbitrarias ni discriminatorias en su aplicación, sean de duración limitada, estén sujetas a revisión y sean proporcionales para lograr su objetivo. Estas consideraciones encuentran fundamento en la normativa internacional vigente, en parte incorporada a nuestra Constitución Nacional a través de su artículo 75 inciso 22.

3.- La pandemia COVID-19 produce una situación especial con relación a los recursos sanitarios, tal como puede acontecer también, en otras situaciones de catástrofe. Pero a diferencia de otros eventos catastróficos, donde puede haber una suerte de diversidad de patologías y/o requerimientos sanitarios, en el caso que nos ocupa son ellas *prima facie* más unidireccionales



antes que pluridireccionales. A ello se agrega que la prevalencia de quienes requieren asistencia se incrementa y mantiene por un período que supera en extensión al generado por otras catástrofes de origen natural.

Frente a tales cuestiones, las condiciones habituales en la toma de decisiones prácticas en el ámbito de la salud se vuelven extremadamente delicadas y extraordinarias debido a la excesiva demanda, probabilidad de daño y/o disponibilidad o insuficiencia de recursos. Es decir, no se trata de pensar en un estado de excepción –donde las normas no existen o existiendo no se cumplen- o de decisiones arbitrarias –sin juicio profesional que las valide y a despecho de todo respeto por los derechos humanos de las personas involucradas-; sino por el contrario, son las circunstancias excepcionales y críticas las que habrán de consolidar el sostener los criterios básicos suficientemente consagrados, pero adecuándolos en su estructura, viabilidad y proporcionalidad a la situación vigente.

4.- En ese sentido, estas recomendaciones que se están proponiendo se inscriben en una reflexión de naturaleza consecuencialista, esto es, un modelo de razonamiento en el cual frente a una situación dilemática o suficientemente grave donde se deba decidir sobre la continuidad, interrupción o reasignación de un recurso en un contexto de escasez, se legitiman éticamente las decisiones a partir de las consecuencias que previsiblemente resultarán de ellas y su aceptabilidad explícita o supuesta por parte de todos los miembros de la sociedad.

De tal forma, estas recomendaciones vienen a otorgar a los equipos de salud, herramientas para la toma de decisiones y a los ciudadanos en general aunque especialmente aquellos que llegara a ser pacientes de la nombrada enfermedad de COVID-19, las garantías para la protección de sus DDHH, la justicia en el acceso a los recursos, el respeto irrestricto de su dignidad y el ejercicio de su autonomía para la toma de decisiones dentro de las condiciones vigentes.

Hace al buen sistema de salud, como deber prioritario el planificar las acciones para con ello, no solo optimizar la totalidad de recursos humanos de salud, materiales para la implementación y especialmente para la tranquilidad de las personas enfermas, que bajo aspecto alguno, tengan siquiera la sensación de afectación o desmedro del respeto a la integridad de su dignidad. Por ello es que se impone, hacer la previsión de los diversos niveles posibles de gravedad. Es la mejor forma de reducir la morbilidad, salvar el mayor número de vidas posibles y mitigar los daños al sistema de atención médica y a la sociedad.

5.- Aunque el escenario de mayor severidad se considera el menos frecuente, hace a la buena marcha el hacer la representación de escenarios críticos en materia sanitaria frente a situaciones catastróficas, especialmente cuando el número de infectados puede ascender exponencialmente, en cuya razón, los recursos necesarios (personal, camas, ventiladores, entre otros) pueden eventualmente presentarse como insuficientes. En función de ello, es que el equipo de salud tendrá que tomar decisiones científicamente justificadas y moralmente aceptables para la selección de pacientes, a tales efectos las presentes recomendaciones orientan en modo directo, a que ellas siempre sean evaluadas en el marco de la tradición bioética de los derechos humanos y la dignidad de la persona.



De tal manera que el aprovechamiento compartido de los beneficios sanitarios en estas circunstancias, exige decisiones que incluyan criterios técnicos, científicos y la incorporación de los DDHH que legitimen las decisiones.

El respeto de los DDHH en todo su espectro será fundamental para el éxito de la respuesta de la sanidad pública frente a la pandemia del COVID-19. Este difícil contexto obliga a redoblar esfuerzos para preservar la salud de la población, garantizando sus derechos fundamentales, evitando cualquier acción lesiva de la dignidad de las personas y efectivizando el derecho básico de acceso a la salud.

6.- No escapa a las presentes recomendaciones, que las principales dificultades en situaciones como las actuales, se inscriben en la inquietud generada por conocer acerca de la manera en que se habrán de asegurar las mejores condiciones sanitarias, especialmente a los grupos más vulnerables de potenciales pacientes de COVID-19; todo lo cual ha sido considerado en modo atento y cuidadoso con respeto a los derechos humanos de los que estuvieran involucrados. A tales efectos bien cabe destacar, que en situaciones pandémicas, cuando los recursos en general pueden devenir escasos, el principio de protección integral de la sociedad no puede verse lesionado.

De tal manera que sin afectar o negar derechos o garantías individuales, se habrán de cumplir redistribuciones de recursos entre personas con iguales derechos y garantías, pero con condiciones de viabilidad o aprovechamiento del recurso diferentes. En términos racionales, este argumento parece admisible de modo universal.

En vista de la naturaleza cambiante de la situación actual, este documento de recomendaciones proporciona una orientación práctica inicial para los equipos de salud, pero también pretende explicar a la sociedad en qué criterios se basan las decisiones médicas en una pandemia. Dichos criterios en completo respeto con la dignidad de las personas y sus derechos fundamentales, se fundan en evidencia científica y no responden a pautas de discriminación por condiciones personales por fuera de las explicitadas en el triaje.

II.- VALORES QUE DEFINEN CRITERIOS

7.- El respeto de la dignidad humana y la protección de los derechos humanos, promocionando el respeto a la vida de las personas sometidas a tratamientos médicos por la enfermedad de COVID-19, resultará una referencia insoslayable para cualquier decisión que se pueda tomar. El respeto y tratos no humillantes que cabe otorgar a las personas requirentes de asistencia sanitaria, se habrá de potenciar por los equipos de salud, frente a la situación de enfermedad en pandemia.

III.- PRINCIPIOS RECTORES



8.- a) Máxima disposición de recursos tecnológicos y humanos para combatir la epidemia; b) Maximizar el esfuerzo terapéutico para la mayor cantidad de personas enfermas, evitando toda discriminación y con cabal respeto a la dignidad de cada uno de ellos; c) Fortalecer los criterios procedimentales para que las definiciones en situaciones de conflicto, tengan una trazabilidad semejante en todos los casos, evitando así otra forma de discriminación; d) Cuidar la salud de los equipos sanitarios a lo extenso del curso de la enfermedad.

IV.- CRITERIOS DE DEFINICIÓN Y ACTUACIÓN

- **9.- Justicia como equidad:** Frente a la pandemia COVID-19 debe garantizarse el principio de justicia distributiva y la maximización de los beneficios posibles. La igualdad al acceso a los recursos exige, en épocas de escasez, que las decisiones estén guiadas por la equidad que corresponde a las situaciones sanitariamente evaluables, y que no estén afectadas por intereses inadmisibles (capacidad económica, valoración simbólica, etc.).

Puede considerarse la aplicación del principio de justicia en dos momentos. El primero se implementará al ingreso del paciente en el sistema hospitalario. Para esta decisión deberá disponerse de un comité de triaje a cargo de la toma de decisiones. La forma más acertada para reducir el nivel de incertidumbre frente al paciente individual, se sustentará en la aplicación de protocolos institucionales, tanto para los pacientes COVID-19 como para enfermos con otras patologías. El segundo escenario que requiere la aplicación del principio de justicia distributiva, es la necesidad de reasignación de recursos. Por ello, al momento de decidir primará el criterio del equipo médico a cargo de la unidad.

La participación de los Comité de Bioética Institucionales, las Redes Provincial y Municipal de Comités Hospitalarios de Bioética, y la Comisión de Bioética del Centro de Operaciones de Emergencia COVID-19 brindarán el apoyo necesario para la aplicación de este principio.

- **10.- Responsabilidad:** La relación entre el paciente y su médico, tal como lo expresa la Asociación Médica Americana, es de manera central una actividad moral que se sustenta en el imperativo de cuidar y aliviar a los enfermos. Su cimiento es la confianza que exige al médico la responsabilidad de priorizar el bienestar de los pacientes, aún por encima de sus propios intereses. Esta responsabilidad ética se extiende a todo el equipo de salud, por tanto no puede exigirse solo al profesional médico. Las situaciones de pandemia, tal como se ha mencionado, conducen a escenarios extraordinarios para esta relación, marcada por la alta demanda de servicios con recursos eventualmente insuficientes, para satisfacerla.
- **11.- Flexibilidad:** Tal como la deliberación clínica es el método donde se sustenta el razonamiento médico científico, la deliberación moral es el lenguaje de la bioética. Se



caracteriza, igual que aquel, por decisiones prudentes en situaciones de incertidumbre y debe ser flexible para adaptarse a cada paciente. Durante pandemias, resulta aún más necesario este principio ajustado al de temporalidad para reacomodar las decisiones ante la nueva evidencia.

- **12.- Temporalidad:** Este principio hace referencia a la necesidad de revisar permanentemente las recomendaciones en función de la evolución de los acontecimientos. El mismo sustentará posteriores decisiones. Por tratarse de una nueva pandemia, es posible que numerosas recomendaciones se modifiquen con el transcurso del tiempo.

En este sentido, cobra real dimensión la importancia de aplicar el principio de temporalidad en cualquier recomendación sugerida, ajustando la misma a un determinado momento, y fundamentando la decisión con la evidencia hasta entonces adquirida. En consonancia, resulta razonable adherir a los documentos internacionales de la UNESCO que señalan que toda recomendación debe ser reevaluada en forma dinámica, al igual que la intensidad terapéutica.

- **13.- Transparencia y publicidad:** Todo proceso de recepción de paciente, categorización, y decisiones terapéuticas, debe ser siempre informado a la persona y sus allegados. Es necesario también explicarles cuáles han sido los criterios seguidos para la toma de estas decisiones. Y finalmente, dichos criterios deben poder ser defendidos públicamente, sin violar la confidencialidad de los datos.

Aplicar las medidas necesarias para dar transparencia y publicidad a los diferentes criterios que se utilicen en procesos sensibles como la categorización de pacientes, es esencial para sostener en el tiempo la confianza social y evitar reclamos que minen el sistema operativo propuesto.

- **14.- Priorizar a los trabajadores de la salud:** Los recursos materiales deben ir primero a los trabajadores comprometidos a combatir esta pandemia, debido a que son ellos quienes mantienen operativa la infraestructura crítica y se consideran recurso humano indispensable en esta situación. La confianza como valor social sirve de sustento ante la decisión de priorizar, en determinadas situaciones, el acceso a cuidados intensivos del personal de salud de primera línea.

El reconocimiento de su vocación en trabajo de alto riesgo para salvar a otros y su valor profesional en una pandemia genera un marco de confianza pública en esta tarea.

- **15.- Deber de atención y soporte vital garantizado:** Todos los pacientes deben tener acceso al mejor cuidado disponible en la atención de pandemia, desde la asistencia básica a la más compleja. Frente a la objeción de conciencia de algunos de los miembros



del equipo de salud, deberán preverse los medios para el cumplimiento del protocolo clínico, ajustado a la ley vigente y las presentes recomendaciones.

V.- ESTRATEGIAS

16.- Estas recomendaciones, que pretenden ser una guía de apoyo bioético, deberán ser por ello, debidamente consideradas para la toma de decisiones terapéuticas del equipo de salud interviniente en situaciones sanitariamente hablando de máxima complejidad y donde el juicio, debe ser hasta donde ello fuera posible, el más adecuado en lo individual y colectivo. No caben dudas que se habrán de producir posibles dilemas en el curso evolutivo de la pandemia de COVID-19, pues por ello y a partir de los valores, principios y criterios previamente expuestos, se proponen las siguientes estrategias:

- **17.- Disponibilidad de recursos:** Se deberá contar con la máxima dotación de los recursos humanos y materiales del sistema de salud en su conjunto y generar la mayor cantidad de recursos adicionales posibles. Es necesario optimizar su utilización y verificar su disponibilidad en todas las áreas. Basado en experiencias de otros países con relación a los insumos, se sugiere considerar la reutilización de equipos en contextos adecuados de bioseguridad.
- **18.- Protección de recursos humanos.** Los recursos humanos, por su parte, ameritan particular cuidado y por ello, deberán garantizarse los elementos de protección exigidos por los protocolos de atención de pacientes COVID-19. Se debe promover y facilitar las tareas de apoyo psicológico para el equipo de salud mediante los medios disponibles a tal fin (cba.gov.ar/contención+psicológica) para reducir el impacto generado por la práctica profesional en el contexto de pandemia.
- **19.- Deliberación:** El análisis de prioridades deberá comenzar por la reflexión sobre qué conducta se asumiría con un paciente concreto por fuera de la situación de pandemia y con recursos suficientes. El deber de asistencia es una exigencia ética en la atención de todos los pacientes, sea paciente con COVID-19 o no. Ante una situación de escasez de recursos, agotadas todas las opciones disponibles, deberán plantearse las opciones de triaje –para lo cual existe un protocolo debidamente formalizado- lo cual no implica de ningún modo dejar de asistir integralmente a ese paciente.
- **20.- Oportunidad de decisiones:** Los criterios de admisión a las unidades de cuidados intensivos y adecuaciones terapéuticas deben discutirse y definirse para cada paciente en el momento oportuno. De este modo se evitarán situaciones impensadas y no programadas ni razonadas previamente, con las dificultades que de ello podría derivar.
- **21.- Voluntades anticipadas:** Se deben considerar y respetar las declaraciones de voluntades anticipadas de los pacientes que así lo hubieran hecho previo a la pandemia COVID-19, sea de manera escrita u oral al profesional de la salud o al familiar o allegado.



Se sugiere la implementación de estrategias tendientes a facilitar el acceso a información y documentación pertinente a directivas anticipadas a todo paciente ingresado en el sistema hospitalario que esté interesado. Los Comités de Bioética de las instituciones podrán dar la información necesaria, responder las inquietudes y facilitar su implementación.

- **22.- Redes de trabajo:** Los equipos de salud debieran coordinar encuentros interdisciplinarios (prioritariamente virtuales) para compartir la información respecto al manejo de los pacientes COVID-19. Esta estrategia tendrá como finalidad actualizar los criterios éticos y científicos en la toma de decisiones.
- **23.- Acompañamiento y segunda opinión:** Los Comités de Bioética de cada institución y la Red Provincial de Comités Hospitalarios de Bioética estarán a disposición para colaborar en los procesos de toma de decisiones durante la pandemia COVID-19. Una segunda opinión tiene una doble función, refuerza y legitima la determinación clínica tomada por el equipo de salud y alivia la carga emocional que esto genera. Los profesionales dispondrán de un sistema de comunicación para consultar a los miembros de comités. Cada COE REGIONAL dispondrá de referentes para las situaciones que puedan requerir su intervención.

La decisión deberá ser consensuada entre la mayoría de los integrantes, debiendo siempre disponerse de por lo menos dos profesionales de amplia trayectoria en el manejo de pacientes críticos. El Comité de Bioética y Derechos Humanos generado en el marco de la pandemia COVID-19, que forma parte de la estructura desplegada para las mejores funciones del Centro de Operaciones de Emergencia de la Provincia, podrá prestar apoyo en la resolución de los dilemas bioéticos. El COE dispone de un esquema que garantiza a cada nosocomio el respaldo bioético en la toma de decisiones.

- **24.- Interacción con el entorno del paciente:** Debido al aislamiento en el que se encontrarán los enfermos COVID-19, se sugiere adoptar las medidas necesarias para facilitar y sostener la comunicación (paciente-equipo-familia), preservando las exigencias de aislamiento que exige la pandemia.
- **25.- Articulación con los medios de comunicación:** En virtud de la influencia de los medios de comunicación en la sociedad será menester que la información brindada sea prudente y científicamente contrastada. Esta estrategia tendrá como objetivo concientizar y ayudar a contener la ansiedad, angustia y desesperación que sufre la comunidad. Las autoridades que coordinan las estrategias sanitarias son los interlocutores válidos para tal fin.



Autores y revisores de estas recomendaciones

Estas Recomendaciones han sido preparadas por el Comité Experto, coordinado por la Dra. Susana Vanoni (Médica - Bioeticista) e integrado por las siguientes personas: Dra. María Fernanda Marchetti (Médica - Bioeticista), Mg. Lic. Iris Maders (Enfermera - Bioeticista), Dr. Lic. Diego Fonti (Filósofo - Bioeticista), Ab. Alejandro Escudero (Abogado DDHH), Dr. Nicolás Crim (Médico), Dr. Omar Hiruela (Médico) y Mg. Federico Robledo (Abogado - Bioeticista). Consultor Externo, Dr. Carlos Soriano (Médico – Bioeticista). Ha sido revisado y validado por el Comité de Bioética y Derechos Humanos, coordinado por el Dr. Armando S. Andruet (h) e integrado por las siguientes personas: Dr. Horacio Bazán, Dr. Julio Bártoli, Dra. Analía Cudolá y Dr. Francisco Fortuna. Córdoba, Abril 2020.

Bibliografía

1. White, DB, et al. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann. Intern. Med.* 2009; 150, 132–138
2. Bioética en Ciencias de la Salud. Sanchez Gonzalez. M. Edit. Elsevier Masson, 2013.
3. Recomendaciones de la comisión de bioética de Castilla y León para la priorización del tratamiento intensivo durante la pandemia covid-19 (ante una situación excepcional de desastre sanitario). 20.03.20, Comisión de Bioética de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud.
4. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. March 27, 2020. Who Gets Health Resources in a Covid-19 Pandemic? 23 de Marzo 2020, *New England Journal of Medicine*.
5. Recomendaciones éticas para la asignación de tratamientos de cuidado intensivo, en excepcionales circunstancias de recursos limitados. Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva SIAARTI. 16 de marzo de 2020.
6. Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia. Documento de consenso del OBD Marzo 2020, Observatori de Bioètica i Dret, UNESCO.
7. Downar, J, et al. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* 2010;39, 291–295.
8. Saxena, A. et al. Ethics preparedness: Facilitating ethics review during outbreaks. *BMC Med. Ethic.* 2019; 20, 1–10.
9. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. *Who* 2019, 12 (2020). Habermas, J. (1985), *Conciencia moral y acción comunicativa*, Barcelona: Península.



10. ONU (2005) Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
11. Pallium, Lanari, Udaondo (2020) Recomendaciones de atención a pacientes graves o últimos días de vida en la crisis del Covid-19, [file:///C:/Users/Osvaldo/Downloads/Pallium_%20Lanari_Udaondo%20RECOMENDACIONES%20PARA%20PACIENTES%20GRAVES%20o%20C3%9ALTIMOS%20D%3%8DAS%20DE%20VIDA%20COVID%2019%2026%2003%202020%20R%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Osvaldo/Downloads/Pallium_%20Lanari_Udaondo%20RECOMENDACIONES%20PARA%20PACIENTES%20GRAVES%20o%20C3%9ALTIMOS%20D%3%8DAS%20DE%20VIDA%20COVID%2019%2026%2003%202020%20R%20(1).pdf)
12. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. 2020.
13. La asignación de recursos de cuidados intensivos a causa de la pandemia de covid-19. Sociedad Austriaca de Anestesiología, Reanimación y Medicina Intensiva Traducido del original disponible en: https://www.oegari.at/web_files/cms_datn/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf.
14. Drane J. Métodos de Ética Clínica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1990; 108: 415-425
15. Gracia D. Bioética para clínicos. Medicina Clínica 2001;117:18-23.
16. Sass, H.M.; Vifhues, H., Mainetti, J.M. (1987) Protocolo de Bochum para la práctica ético médica: análisis científico y ético para el manejo de un caso médico, Bochum: Zentrum fur Medizinische Ethik Bochum.