

**Departamento Atención Primaria  
Bioética - APS - Coronavirus**

Uno de los avances más importantes en la medicina más allá de los tecnológicos de diagnóstico y tratamiento fue la incorporación de la bioética a la misma. En los primeros años del siglo XX, los médicos alemanes gestionaron políticas raciales y eugenesia, destinadas a limitar la reproducción de personas que tenían trastornos hereditarios, se esterilizó a aproximadamente a 400.000 alemanes, los cuales presentaban trastornos físicos y psicológicos. Los médicos diseñaron e implementaron el programa T-4, mediante el cual asesinaron a pacientes discapacitados.

Por primera vez en la historia, con posterioridad a la rendición se sometió a juicio a profesionales de la salud, por haber cometido delitos de lesa humanidad, al haber promovido y actuado en los experimentos que se llevaron a cabo en los campos de concentración, muchos de los cuales condujeron a la muerte.

En su sentencia, la Corte promulgó lo que se conoce como el “Código de Núremberg”, el cual establecía los derechos de los sujetos sometidos a experimentación médica y condenaba los experimentos inhumanos. Si bien antes de la guerra ya existían códigos de ética en relación a la experimentación con seres humanos, el Código de Núremberg fue el primero que tuvo alcance internacional.

A raíz de éste, se crearon numerosos documentos en materia de Derechos Humanos y experimentación con personas, incluyendo la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, la Declaración de Helsinki y más recientemente la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO.

El primer y principal concepto del Código es la doctrina del consentimiento informado; y los subsiguientes principios de la bioética moderna consideran la autonomía como uno de los pilares básicos del cuidado de la salud.

El principio es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario.

El relativismo ético del postmodernismo que se traduce en las cuestiones espinosas (aborto, eutanasia, investigación con embriones) se limitan, el médico y su ética pueden quedar en una situación de desamparo que, en caso de conflicto, difícilmente pueden tener otra salida que la objeción de conciencia.

La Facultad de Medicina – Fundación Barceló cuenta con un Departamento de Bioética, multidisciplinario de larga data con gran experiencia reconocida en temas de esta disciplina. Con motivo de la pandemia los médicos de cuidados intensivos en muchos lugares del mundo han tenido que tomar medidas discutibles por los recursos con que se contaban era escaso, o estaban saturadas las camas de internación

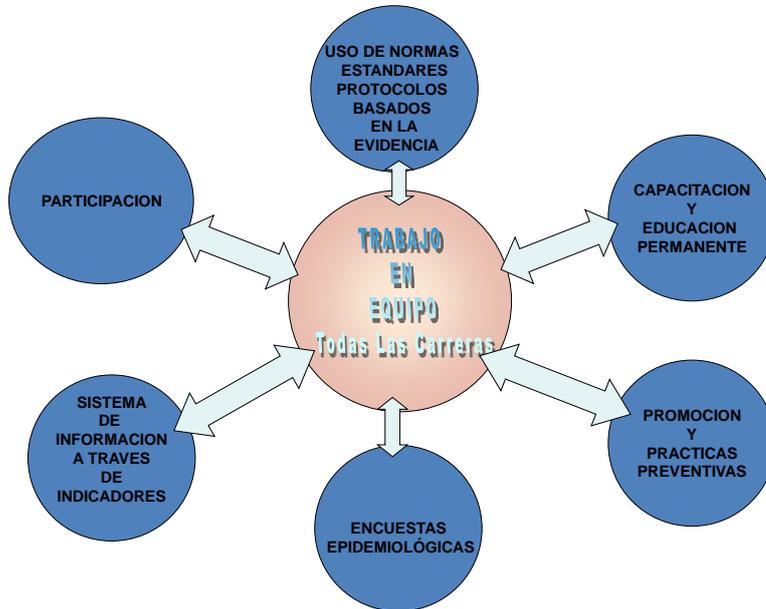
Recientemente han salido las recomendaciones inter societarias para asignación de recursos basados en guías éticas, atención paliativa y criterios de ingreso/ egreso en cuidados críticos durante La Pandemia COVID-19.

La admisión debe sustentarse en criterios objetivos, técnicos, neutrales y verificables. La evaluación de ingreso a UCI debe realizarse sobre la base de criterios objetivos, técnicos y neutrales. Para ello, deben establecerse escalas de situación funcional, pronóstico y gravedad, contrastables con evaluación clínica objetiva y estudios de verificación, sobre la base del estándar científico de las especialidades médicas comprometidas en la atención del paciente crítico. Las valoraciones sobre determinadas incapacidades, mentales y/o físicas, no deben ser utilizadas para la admisión en UCI, del mismo modo que la prognosis asociada a supervivencia libre de discapacidad. La edad considerada en modo aislado no debe ser considerada como un criterio independiente de ingreso a UCI. Cualquier limitación de las establecidas en los puntos anteriores contraría a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En los criterios de admisión debe valorarse y estimarse como criterios de exclusión la presencia de patología y comorbilidades que sitúen al paciente en fases de enfermedades avanzadas, de improbable recuperación, o terminales. En aquellos casos en que exista incertidumbre significativa, se debería conversar con el paciente y/o allegado, que la admisión será condicionada y que frente a la evidencia de falta de recuperación se considerarán posibilidades de internación o traslado a cuidados paliativos si se modifican las circunstancias de ingreso originarias, con limitación de las medidas de sostén instauradas.

Con motivo de la pandemia se decidió un Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, donde se estableció que las personas de riesgo eran en primer lugar las de edad superior a 70 años, las poblaciones vulnerables en situación de calle, villas, cárceles.

Los grupos asesores fueron constituidos por sanitaristas, epidemiólogos, virólogos e infectólogos, los cuales tomaron medidas macro de aislamiento de la población para evitar la difusión del virus entendiendo que el problema colectivo era el importante. Lamentablemente en el plano individual existen las diferencias etarias, sexuales, patologías de todas las especialidades, prácticas rehabilitadoras, controles de laboratorio y muchas más no atendidas y que seguramente han provocado muchísimas reactivaciones e incluso fallecimientos. Los aislados temen llamar a la urgencia por temor a que sus vecinos crean que tienen coronavirus y no van a centros asistenciales por miedo a contagiarse. A estas penosas circunstancias deben agregarse las patologías del aislamiento psicológicas y físicas, el no contacto con familiares, en algunos casos no permitírseles salir en edades frágiles, la violencia familiar y de género, la falta de atención de las patologías adictivas, las psiquiátricas. El stress psicosocial hace que las consecuencias en la salud sean muy importantes. A esto se suma los comunicadores sociales que transmiten como si fuesen expertos con mensajes muchas veces discriminatorios, amenazantes que conllevan a respuestas individuales de ansiedad, depresión y stress postraumático.

Es imprescindible la convocatoria multidisciplinaria para tratar estos temas individuales que seguramente son tan importantes como la pandemia. La APS siempre en su desarrollo plantea el trabajo en red multidisciplinario.



La red multidisciplinaria debe evaluar los criterios y mediciones para tener un cuadro de situación completo

Criterio	Mediciones
Magnitud del problema	Número de personas afectadas/incidencia/prevalencia
Población en riesgo	Número de pacientes susceptibles
Gravedad del daño	Morbilidad/Mortalidad
Posibilidad de intervención	Prevención y Promoción
Costos	Directos e indirectos
Impacto social	Percepción social del problema

El testeo riguroso de la población hará efectivo el control de la enfermedad, así como el aislamiento de los que tengan test positivos. La falta de atención de los pacientes portadores de patologías, su control y atención ocasionan situaciones donde las éticas de las decisiones son cuestionables provocando los mismos daños primarios no visualizados y que deben llamar la atención de las autoridades sanitarias para modificarlas en forma urgente.

La discriminación simbólica de la tercera edad con mensajes directos y subliminales que podrían ocasionar el colapso del sistema sanitario, las amenazas que si salían podían llegar a ser sancionados, el continuo mensaje que no están capacitados para el uso de tecnologías actuales, las distintas descalificaciones viejos, abuelos, ancianos el no permitirles salir ni a hacer las compras, el ofrecimiento de que extraños llamados voluntarios, les ayuden, mientras sus familiares no puedan acercarse, constituye una violación a la convención de los derechos de las personas de la tercera edad. El no permitir el ingreso de familiares a los geriátricos, pero si el personal de los mismos que ocasionó no solo abandono, tristeza, estados de pánico y stress, además el contagio con el coronavirus, nos muestra que Núremberg, Helsinki y otros pactos del derecho y de ética han sido dejados de lado con poca o ninguna reacción de la

sociedad ni de los organismos de derechos humanos. Por eso la Atención Primaria de la Salud y los expertos en geriatría deben hacer oír su voz, para revertir estas actitudes discriminatoria. Se ha aislado esta población no para cuidarlos sino pensando en los escasos de recursos sanitarios. Tampoco las comorbilidades cardiacas, psiquiátricas, neurológicas y de otro tipo que afectan a muchas de estas poblaciones han sido totalmente desatendidas. Los 27 derechos humanos de las personas mayores como están definidos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los mismos no se han tenido en cuenta.

**Los 10 valores más importantes en la sociedad y sus significados:**

- Respeto: El respeto es la capacidad de reconocer, apreciar y valorar a los otros teniendo en cuenta que todos somos válidos.
- Amor: El amor es uno de los valores fundamentales de la sociedad porque nos empuja a velar por la felicidad del otro.
- Libertad.
- Justicia.
- Tolerancia.
- Equidad.
- Paz.
- Honestidad.

Ángela Merkel Canciller de Alemania sentó un contundente mensaje: Encerrar a nuestros mayores para volver a la normalidad es inaceptable desde el punto de vista ético y moral.

**Prof. Dr. Jorge E Mitelman**, Director Departamento APS

**Prof. Dra. Luisa Gimenez**, Coordinadora Departamento APS