

Bioética emergente

Cristina Guijarro Castro

Resumen

La bioética emergente es la de la prudencia y la de dar protocolos claros a los profesionales sanitarios que se están enfrentando a dilemas éticos durante la pandemia por infección por coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2). El más llamativo es el del triaje en las camas de unidades de cuidados intensivos (UCI). Equilibrar el deber de cuidar a cada paciente individualmente con la obligación moral de respetar los intereses de la sociedad en su conjunto, promoviendo la igualdad entre los pacientes y en la distribución de los recursos de salud, no es fácil si se añaden criterios éticamente discutibles, como establecer un punto de corte de edad específico para el acceso a UCI y proponer criterios de «valor social», priorizando el acceso de los profesionales sanitarios a la UCI y sugiriendo una clasificación basada en el orden de llegada. La telemedicina ha venido para quedarse y es un acto médico, con todas las garantías que ha de tener. Esta pandemia ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad de nuestro sistema sanitario, el sufrimiento moral de los profesionales sanitarios, la necesaria reflexión sobre la necesidad de mejorar las condiciones profesionales de estos y la dotación de los sistemas sanitarios. Los recientes escándalos en investigación nos afirman en la necesidad de ser críticos y reflexionar sobre las necesidades en investigación y el dilema del acceso universal a los fármacos, y en concreto a la vacuna para este virus, con las implicaciones de limitación de la autonomía personal ante la salud pública. La desinformación sobre los efectos secundarios de las vacunas han generado alarma en la población, aun cuando conocemos que los beneficios de la vacunación superan sus riesgos. Hasta en un 23,3% de las solicitudes de eutanasia son por enfermedades neurológicas. Los conflictos derivados de la eutanasia en el caso de demencia precisarán que los pacientes lo hayan reflejado, cuando eran capaces, en los documentos de instrucciones previas.

Palabras clave: Bioética emergente. COVID19. Triage. Telemedicina. Escándalos en investigación. Vacunas. Eutanasia.

Abstract

Emerging Bioethics is that of prudence and of giving clear protocols to healthcare professionals who are facing ethical dilemmas during the SARS-CoV-2 infection pandemic. The most striking is that of triage in ICU beds. Balancing the duty to care for each patient individually with the moral obligation to respect the interests of society as a whole, promoting equality among patients and in the distribution of health resources, is not easy if ethically debatable criteria are added, how to establish a specific age cut-off point for access to the intensive care units (ICU) and propose criteria of 'social value', prioritizing the access of health professionals to the ICU and suggesting a classification based on the order of arrival. Telemedicine has come to stay and it is a medical act, with all the guarantees it should have. This pandemic has revealed the vulnerability of our healthcare system, the moral suffering of healthcare professionals, the necessary reflection on the need to improve their professional conditions and the provision of healthcare systems. Recent research scandals confirm the need to be critical and reflect on research needs and the dilemma in the universal access to drugs, and specifically, to the vaccine for this virus, with the implications of limiting individual autonomy versus Public Health. The misinformation about the side effects of vaccines has generated alarm in the population, when we know that the benefits of vaccination outweigh the risks of the same. Up to 23.3% of euthanasia requests are for neurological diseases. The conflicts derived from euthanasia in the case of dementia will require that patients have reflected it, when they were able, in the prior instructions documents.

Key words: Emerging bioethics. COVID19. Triage. Telemedicine. Research scandals. Vaccines. Euthanasia.

TRIAJE EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Mientras escribo esto, seguimos en España en estado de alarma por la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), producida por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), y estamos entrando en la cuarta oleada. No hay optimismo en las calles y los profesionales sanitarios empiezan a recibir demandas porque culpan a los médicos de no haber ofrecido una cama de unidad de cuidados intensivos (UCI) a todos los pacientes que sufrieron problemas respiratorios importantes. Esta situación excepcional ha precisado de la aplicación de sistemas de triaje, que obliga a que la asignación de recursos deba tener en cuenta priorizar el máximo beneficio de todos los pacientes y solo se ha realizado después de haber hecho todo lo posible para aumentar la disponibilidad de los recursos. No solo esto ha mejorado el sufrimiento moral de los profesionales, sino que se ha realizado el triaje, que siempre se ha llevado a cabo, aun cuando no estábamos en una situación tan excepcional. La desinformación ha hecho creer a la población que no se han puesto las medidas necesarias y que se ha discriminado a las personas ancianas solo por la edad. Yo no he visto esto. Los criterios de entrada en UCI no solo tienen en cuenta la edad, también la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, el compromiso de otros órganos y la reversibilidad¹.

Los protocolos seguidos establecían cuatro niveles¹:

- Pacientes con prioridad 1. Serán pacientes críticos e inestables. Necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua, etc.).
- Pacientes con prioridad 2. Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. Son pacientes que no estarán ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia con cociente presión arterial de oxígeno/fracción inspiratoria de oxígeno ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) menor de 200 o menor de 300 con fracaso de otro órgano.
- Pacientes con prioridad 3. Se trata de pacientes inestables y críticos que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la enfermedad aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos como, por ejemplo, no intubar y/o no intentar la reanimación cardiopulmonar.

– Pacientes con prioridad 4. Pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado debido a un beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte.

Aquellos pacientes con prioridad 3 y 4, ni tan siquiera en situaciones no catastróficas han entrado en las UCI en la mayoría de las ocasiones. Y esto no lo ha entendido la población. ¿Alguien ha preguntado qué querían los pacientes en esta situación? Y aquí viene mi reflexión: nosotros, como neurólogos, no hemos hecho oír la voz de los pacientes con deterioro cognitivo u otras enfermedades neurodegenerativas². Hay muchas otras entidades que entran dentro de la definición de enfermedad terminal y sí han tenido quienes defendieran su situación. Me refiero a los pacientes con enfermedades oncológicas y cardiológicas que cumplían dichos criterios.

Este documento refleja en las recomendaciones específicas que tener en cuenta en la toma de decisiones en la asignación de recursos limitados lo siguiente¹:

- Todo paciente afectado de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) tiene derecho a recibir asistencia sanitaria y se determinará la intensidad terapéutica, según criterios objetivos de idoneidad y expectativas de resolución del proceso con buena calidad de vida y funcionalidad. Solo ingresarán en UCI pacientes de prioridad 1 y 2.
- Todo paciente mayor de 80 años y con comorbilidades recibirá preferentemente mascarilla de oxígeno de alta concentración, oxigenoterapia de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva (en estos dos últimos procedimientos se considerará la relación riesgo/beneficio por la producción de aerosoles en habitaciones compartidas y la disponibilidad de vigilancia en planta de hospitalización convencional) y se seleccionará, cuidadosa e individualmente, la indicación ventilación mecánica invasiva según indicación y evaluando riesgo/beneficios.
- 3. Todo paciente entre 70 y 80 años con IRA sin patología previa importante es subsidiario de tratamiento con ventilación mecánica invasiva (VMI). En los pacientes entre 70 y 80 años que presentan alguna de estas comorbilidades moderadas-graves (insuficiencia cardiaca congestiva, miocardiopatía dilatada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis, insuficiencia renal crónica, etc.) se valorará cuidadosamente la indicación de VMI y se le tratará preferentemente con ventilación mecánica no invasiva o similar según disponibilidad.

- Cualquier paciente con deterioro cognitivo por demencia u otras enfermedades degenerativas no sería subsidiario de VMI.
- En todos los casos de los apartados anteriores, retiraremos la VMI según la evolución del SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment score*) diario, las complicaciones acontecidas y estableciendo un juicio de futilidad caso a caso.
- El criterio médico en cada paciente está por encima de estas recomendaciones generales siempre que sea razonado, argumentado y se consensue en la sesión clínica diaria o por el comité de ética asistencial.

Al carecer de orientación nacional o coordinación pública, cada hospital se ha visto obligado a presentar protocolos de clasificación independientes y autónomos, la mayoría de los cuales, sin embargo, se basaron en principios éticos y criterios clínicos comunes³. Sin embargo, las sociedades científicas españolas y las instituciones públicas también han defendido criterios controvertidos y no clínicos^{1,3}, incluyendo el establecimiento de un valor de corte de edad para la entrada en UCI, el uso de criterios de «utilidad social», la priorización de profesionales de la salud o el uso de políticas de «primer llegado, primer servido».

Los criterios antes mencionados intentan equilibrar el deber de cuidar a cada paciente individualmente con la obligación moral de respetar los intereses de la sociedad en su conjunto, promoviendo la equidad entre los pacientes y en la distribución de los recursos de salud⁴. Sin embargo, algunas recomendaciones institucionales en España han incorporado otros criterios menos objetivos y éticamente problemáticos¹, tal como se comenta en el párrafo anterior.

El informe del Ministerio de Sanidad español sobre los aspectos éticos que enfrenta la pandemia de COVID-19 es un documento teórico y legal que establece cinco criterios y principios generales para las decisiones de triaje⁵. Los primeros cuatro son de uso común y no controvertidos, pero el triaje basado en el «orden de entrada» en el sistema de salud también se incluyó en estas pautas. Aunque el criterio se usa en algunos protocolos de asignación de trasplantes, esto es solo así porque los pacientes pueden sobrevivir durante largos períodos de tiempo sin ese órgano específico, como los riñones, una circunstancia que no se puede traducir a la epidemia actual, en la que la necesidad del tratamiento es urgente. De hecho, al establecer otro paralelismo con el trasplante de órganos, en el caso de los órganos insustituibles, la urgencia y la gravedad se imponen sobre el criterio de primer orden de llegada⁶. Por supuesto, la directriz del Ministerio especifica que este criterio nunca debe colocarse antes

que los demás, pero el simple hecho de enumerarlo como un criterio que considerar es un ataque a la racionalidad clínica y ética⁶. Dar prioridad a los pacientes que llegan primero al hospital o a los que ocupan las primeras camas de hospital puede dar lugar a la priorización de los pacientes que están menos enfermos o tienen un peor pronóstico vital. Un enfoque por orden de llegada «beneficiaría injustamente a los pacientes que viven más cerca de las instalaciones de salud» y discriminaría a aquellos que «se enferman más tarde, tal vez debido a su estricto cumplimiento de las medidas recomendadas de salud pública», empeorando los resultados sin mejorar la equidad⁷.

TELEMEDICINA EN LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

Toda crisis es una oportunidad, y durante esta crisis sanitaria se ha podido comprobar que la telemedicina ha venido para quedarse. La telemedicina ha permitido que se siguiera realizando asistencia ambulatoria no presencial para evitar que los pacientes vulnerables o de riesgo abandonaran el confinamiento, o para atender a los pacientes que debían permanecer en cuarentena. Como bien ha establecido la Organización Médica Colegial (OMC)⁸, la e-consulta es un acto médico.

La medicina telemática aporta nuevas posibilidades al modelo médico clásico, y debe garantizar cuestiones tan esenciales como la intimidad, la confidencialidad y el secreto de los datos clínicos. Se han de dar los medios técnicos y humanos para realizarla. No es una simple llamada o videoconferencia. Es un acto médico, con las mismas consecuencias deontológicas y legales. Los pacientes han de identificarse correctamente, y si el médico lo considera necesario, han de acudir presencialmente a consulta. No es una decisión del paciente, sino un criterio médico, cómo ha de realizarse la consulta.

El uso de la telemedicina provocado por la actual crisis sanitaria puede ayudar a que el empleo de la telemedicina ayude a hacer sostenible el sistema y mejorar la justicia distributiva de este.

En cuanto al consentimiento, privacidad y confidencialidad, la OMC⁸ deja claro: «que el uso de medios telemáticos u otros sistemas de comunicación no presenciales destinados son conformes a la deontología médica siempre que haya voluntad y consentimiento al menos verbal del paciente, familiar responsable o tutor legal, según corresponda, del que debe quedar constancia en la historia clínica».

- La identificación de quienes intervienen en la comunicación ha de ser clara y fehaciente.
- El médico debe tener conocimiento directo de la historia clínica del paciente, o bien acceso a esta en el momento de la atención médica.

Si no fuera posible, como en el caso de consultas médicas sobrevenidas, el médico que realiza teleasistencia debe tomar nota de la consulta realizada, como si de una «hoja de evolución» se tratase, para luego poder incorporar lo tratado a la historia clínica, cuando sea posible.

- Es obligado asegurar la confidencialidad y la intimidad del paciente, por ello es aconsejable utilizar vías de comunicación que garanticen la máxima seguridad disponible. Es una prioridad proteger la privacidad en la relación médico-paciente.
- Se debe hacer constar por escrito en la historia clínica el medio de teleasistencia por el que se ha realizado la consulta, así como el tratamiento médico pautado y recomendaciones dadas.

Cuando el médico hace uso de la e-consulta, debe ser consciente de la trascendencia de sus actos y de que tiene las mismas obligaciones jurídicas y deontológicas que ante una consulta presencial. Es obligado dotar de seguridad jurídica al desarrollo de la telemedicina.

Otro tema importante es el análisis y el tratamiento masivo de datos (*big data*) de salud mediante algoritmos de inteligencia artificial, así como las plataformas y las aplicaciones para el rastreo de contactos y geolocalización que se ofrecen como herramientas necesarias para afrontar con éxito una situación como la actual pandemia de la COVID-19, y más cuando se ha publicado que una aplicación en el móvil tenía una brecha de seguridad. Esto plantea dudas éticas y jurídicas en torno al tratamiento de datos de salud en un contexto de emergencia de salud pública y explicaría cómo en países orientales han controlado mejor esta pandemia⁹.

SUFRIMIENTO MORAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS: DE HÉROES A VILLANOS

Otra cuestión de bioética emergente es el desgaste moral o *burnout* de los profesionales sanitarios. Escucho (y con razón) a profesionales que han perdido a familiares (porque en nuestro país, uno de cada cinco infectados por el SARS-CoV-2 ha sido un profesional sanitario) que, si vuelve la pandemia, no van a exponerse ni ellos ni a sus familias como lo han hecho, ya que están surgiendo demandas. La Asociación Humanizando la Justicia (AHJ)¹⁰ publicó un manifiesto al que se han ido sumando organizaciones como el Colegio de Médicos de Madrid: «Los sanitarios no son responsables de los medios técnicos y humanos que se han puesto a su disposición. La responsabilidad no

deriva de las decisiones de los sanitarios, sino de los políticos, o como mucho, de los gerentes de centros hospitalarios».

El sufrimiento moral de los compañeros que han tenido que tomar decisiones duras en el momento en que el sistema sanitario se colapsó en Madrid, los compañeros de residencias de ancianos que recibieron órdenes de no trasladar a los residentes infectados con SARS-CoV-2 al hospital, es indescriptible. Todos hemos colaborado, incluso como voluntarios y nos hemos adaptado a realizar funciones que nunca antes habíamos realizado. La flexibilidad que han demostrado los centros de salud y hospitalares, que se han transformado en tiempo récord en hospitales de campaña dedicados casi por completo a atender a pacientes con COVID-19, no ha sido compensado económicamente en la mayoría de las comunidades autónomas. Aunque nuestra obligación es atender a todo tipo de pacientes¹¹, también es obligación de las instituciones proteger a los profesionales, y de sobra es conocido cómo en las primeras semanas esa protección no existía. Se sigue apelando a nuestra vocación, pero tenemos familia cuyos miembros, al igual que nosotros, pueden enfermar y morir. El miedo, la incertidumbre y la angustia sufrida hacen que nuestra profesión deba ser reconocida como profesión de riesgo, pero ni tan siquiera la infección por SARS-CoV-2 fue en su momento considerada como enfermedad profesional.

Las nuevas generaciones de médicos creen en un profesionalismo donde apelar a la vocación no basta. Vamos a tener un grave problema de relevo, ya que los próximos 10 años se jubila cerca del 35% de los profesionales en activo en la actualidad, y desde hace 10 años, los especialistas recién terminados emigran fuera de España. Francia, Austria, Italia, Reino Unido y Alemania concentran el 70% de los profesionales del sector que han buscado un trabajo en el extranjero, siendo Alemania y Reino Unido los favoritos por los sanitarios para desarrollar su carrera, según la OMC¹². En España tenemos cuatro médicos por cada 1.000 habitantes, pero en los dos últimos años se han ido a ejercer fuera de nuestro país 4.600 titulados, una cifra superior a más de la mitad de los nuevos médicos internos residentes (MIR), según la OMC. La mayoría de los que se van son médicos menores de 35 años y es muy llamativo que no sean precisamente los que están en paro quienes deciden abandonar España (solo el 4% de los que se fueron en 2019 se encontraban en desempleo), sino los que ya trabajan en hospitales o en atención primaria. Un 65% de los médicos que ya tienen trabajo se van a hospitales y consultas de atención primaria de otros países, fundamentalmente Francia y el Reino Unido, donde les ofrecen contratos de larga duración.

Se van por la precariedad laboral y por la diferencia salarial. La OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) sitúa las remuneraciones de los facultativos en España entre las más bajas de los países avanzados. De acuerdo con el último informe de salarios médicos de España de Medscape¹³, sumando complementos, trienios y otros conceptos, en España la remuneración de un médico es de 53.000 € brutos en promedio, la mitad que en Europa y la cuarta parte que en Estados Unidos.

Urge cuidar a los profesionales y no se les cuida con aplausos, sino con reconocimiento de su labor diaria, con políticas eficaces de cero agresiones, sueldos dignos y acabando con la precariedad.

El gasto sanitario per cápita en España es un 15% inferior a la media europea. Una de las razones de que con menos gasto haya un mejor servicio sanitario es el esfuerzo del personal. El 55% de los médicos trabaja más de 40 horas semanales, según el informe de Medscape¹³, y de ellos, más de la mitad trabaja más de 50 horas a la semana.

De acuerdo con los datos de la Conferencia de Decanos de Medicina, entre 2018 y 2026 se jubilarán unos 70.000 facultativos¹⁴, casi la mitad de los que trabajan en la sanidad pública. Teniendo en cuenta que este año salen 7.512 plazas de MIR (un 17% más que el año pasado), que se marchan unos 2.500 médicos al año, y que se tarda unos 11 años en formar a un médico, la situación parece bastante preocupante.

LA INVESTIGACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA: LOS ESCÁNDALOS

Si algo tenemos claro, es que todo lo que sabíamos de medicina basada en la evidencia se ha desmoronado en la asistencia sanitaria en esta pandemia. No había estudios científicos que fundamentaran lo que estábamos haciendo. Han cambiado varias veces los protocolos de tratamiento y los gobernantes han hablado abiertamente de tratamientos, de vacunas en marcha, de estudios donde solo se incluían pocos pacientes. Se ha publicado todo, y con frecuencia de escasa calidad. El escándalo surgió con la controversia de los artículos sobre la hidroxicloroquina (HCQ) en *The Lancet*¹⁵; mientras, nuestra Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios decidió que el estudio de *The Lancet* no era lo suficientemente concluyente como para detener el uso de HCQ en los hospitales españoles.

El «LancetGate» fue un escándalo científico. La revista publicó el mayor estudio sobre HCQ que asociaba su uso con un mayor riesgo de muerte. Pero, entonces, tres de sus cuatro autores acabaron

retractándose¹⁵. Las consecuencias no se hicieron esperar, se prohibió el uso del fármaco y se suspendieron los ensayos clínicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) suspendió temporalmente el suyo, para luego retomarlo y pedir disculpas.

El estudio, publicado en *The Lancet* el 22 de mayo de 2020¹⁵, empleó una enorme muestra que sorprendió a la comunidad científica: 96.000 pacientes ingresados en 671 hospitales de seis continentes. Para ello, los autores dijeron haber utilizado una base de datos de una empresa afincada en EE.UU. llamada Surgisphere sobre la que pronto crecieron las sospechas. Su cofundador y director es Sapan Dasai, el cuarto autor del artículo. Muchos científicos encontraban importantes incongruencias y no les cuadraba de dónde salía la información y cómo era posible analizar miles de datos de 96.000 pacientes.

El mismo día en que la OMS anunció que reactivaba su ensayo, la revista emitió una advertencia sobre las «serias dudas científicas» que se habían reportado sobre el estudio. Al día siguiente, los otros tres autores, Mandeep R. Mehra, Frank Ruschitzka y Amit N. Patel enviaron una nota a *The Lancet* para pedir su retirada. En ella afirmaron no poder «garantizar la veracidad de las fuentes de datos primarios» y pidieron disculpas a la publicación y a los lectores «por cualquier vergüenza o inconveniente que esto pueda haber causado»¹⁵.

«El fraude en las publicaciones médicas [...] ha llevado a retractar estudios en revistas prominentes. [...] Existe una obligación ética y legal de [que las revistas médicas] hagan un examen crítico y cuidadoso de lo que publican. [No hacerlo] puede destruir la integridad de la revista, pero más importante es proteger la confianza en los médicos»¹⁶. El texto pertenece a un trabajo publicado en 2011 en el que se proponen varias herramientas para frenar el fraude en los estudios médicos. El primer firmante es Sapan Desai, el CEO de Surgisphere, que no se retractó del artículo de *The Lancet*.

Ni el *New England Journal of Medicine* se vio libre de este escándalo. Otro artículo que utilizó la base de datos falsa de Surgisphere, firmado por Mehra y Desai sobre la «Utilidad de la ivermectina en la enfermedad COVID-19» fue retirado, pero varios países sudamericanos la utilizaron¹⁷.

VACUNAS COVID-19

Mientras escribo esto, en España, como en el resto de la Unión Europea, la vacunación va despacio, pero es una esperanza de control de la pandemia de COVID-19. Las vacunas para la COVID-19 deberían considerarse como un bien público mundial, pero las normas de patentes de productos farmacéuticos lo impiden.

La Declaración de Doha (Organización Mundial del Comercio, 2001) quiso proteger la Salud Pública con base en las licencias obligatorias de los medicamentos, pero este acuerdo lo impulsó la *Big Pharma* para impedir que los países en vías de desarrollo no aceptaran las patentes sobre productos farmacéuticos. Las patentes de invención en el campo farmacéutico consagran derechos patrimoniales claramente incompatibles con el derecho universal a la salud. Es absurdo hacer competir el derecho humano a la salud con los derechos patrimoniales de protección de creaciones intelectuales, incluso reconociendo las enmiendas de Doha.

La Declaración de Doha relativa al acuerdo sobre los aspectos de propiedad intelectual relacionados con el comercio y la salud pública de noviembre de 2001 no es la salida para la crisis sanitaria mundial, sino una declaración con innumerables requisitos casi imposibles de ejecutar en la práctica. Esta declaración no impide que se realice un daño a la salud pública por el aumento del precio de los medicamentos¹⁸.

Se necesita un liderazgo político global que asegure una distribución ética mundial, ya que la pandemia nos muestra que los brotes que no se traten en cualquier parte del mundo pueden repercutir en el resto¹⁹.

Y mientras la OMS considera que uno de los peligros de la salud pública son los movimientos antivacunas, se han establecido estrategias de priorización en la vacunación, identificando dos segmentos: aquellas personas que desempeñan una labor esencial en el mantenimiento de la sociedad y en la lucha contra la pandemia y aquellas personas con mayor vulnerabilidad clínica. En una segunda fase, se priorizaría a las personas con mayor exposición por motivos sociales (grupo de individuos con mayor vulnerabilidad social) y personas que podrían desempeñar un papel importante en la diseminación del virus (jóvenes y adolescentes con actividad académica grupal, especialmente). En una tercera fase se podría abordar la generalización de la vacuna a toda la población²⁰. La desinformación sobre los efectos secundarios de las vacunas ha generado alarma en la población, cuando conocemos que los beneficios de la vacunación superan ampliamente a sus riesgos.

Otro aspecto de la investigación actual es el coste de oportunidad de los ensayos clínicos por el que si un paciente entra a formar parte de un ensayo clínico con un fármaco experimental para el tratamiento del SARS-CoV-2, no puede, a su vez, solicitar el mismo tratamiento por uso compasivo, con lo que formar parte de un ensayo clínico, donde el fármaco experimental se compara con placebo, puede limitar el acceso a tratamientos de los pacientes, pero la investigación en humanos exige rigurosidad para beneficiar a la mayoría.

No se nos ha tenido en cuenta en la alianza europea para desarrollar la vacuna porque no tenemos infraestructuras para hacer vacunas. Nuestro sistema sanitario, «el mejor del mundo...», ha mostrado sus carencias y heridas. Va siendo hora de hacer una reflexión profunda y aprovechar lo que nos ha mostrado esta pandemia: hacer autocritica y establecer líneas claras de resurgimiento del sistema sanitario español: cuidado, potenciación y fidelización de los profesionales sanitarios, desaparición de la politización de las instituciones sanitarias y que los gestores sean los mejores, que la transparencia sea la clave de las líneas estratégicas, que la inversión no se entienda como un gasto, sino como un ahorro a medio y corto plazo. En definitiva, lo que nos ha enseñado la crisis sanitaria es que los profesionales sanitarios tenemos la suficiente flexibilidad y compromiso para adaptarnos, pero necesitamos que nos den medios, motivación y tranquilidad.

LA EUTANASIA EN ESPAÑA

El 18 de marzo de 2021 se aprobó en el Congreso de los Diputados la actual proposición de Ley de eutanasia, siendo la primera vez en España en la que esta se regula²¹. Esta proposición de Ley delimita el concepto de eutanasia «a aquella que se produce de manera activa y directa», excluyendo de la consideración como tal a la limitación del esfuerzo terapéutico o la sedación paliativa. Además, define el padecimiento grave, crónico e incapacitante como «aquella situación que hace referencia a una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no pueda valerse por sí misma, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para la misma, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico»; y la enfermedad incurable como «la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insuportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva».

La prestación de ayuda para morir es: «la acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades: 1) la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente y 2) la prescripción o suminis-

tro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que este se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte».

En su artículo 4, la actual proposición de Ley regula que «La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable». Es decir, que reafirma la autonomía del paciente como principio fundamental. En su artículo 5 se recoge que «para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona» cumpla, entre otros requisitos, el de «ser capaz y consciente en el momento de la solicitud» y «sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable». Muchas enfermedades neurodegenerativas cumplen estos criterios, y en países donde ya está legalizada la eutanasia, como Holanda y Bélgica, hasta un 23,3% de las solicitudes de eutanasia son por enfermedades neurológicas, lo que supuso el segundo grupo de enfermedades por las que se demandó la muerte médica asistida, siendo la primera el cáncer, con un 64,5% de las solicitudes²².

La actual proposición de Ley reconoce que «los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia» y que esta «deberá manifestarse anticipadamente y por escrito»²¹.

La eutanasia en los pacientes con demencia implica ciertas dificultades si no está recogida en el documento de instrucciones previas, y puede suponer conflictos morales en los médicos responsables, por lo que se trata de una situación controvertida que, en muchas ocasiones, limita las decisiones a las fases precoces de la enfermedad²³⁻²⁵.

La Sociedad Española de Neurología, vía su Comité *ad-hoc* de Humanización del Final de la Vida, está creando un documento de posicionamiento ante esta ley, al igual que la Sociedad Española de Psiquiatría²⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis o pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos [Internet]. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias; 18/03/2020 [consultado: 11/06/2020]. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
2. Kim SYH, Grady C. Ethics in the time of COVID: What remains the same and what is different. *Neurology*. 2020;94(23):1007-8.
3. Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus [Internet]. Comité de Bioética de España; 25/03/2020 [consultado: 12/06/2020]. Disponible en: <http://assets.comitebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>
4. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España [consultado: 12/06/2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf
5. Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy. Early experience and forecast during an emergency response. *JAMA*. 2020;323(16):1545-6.
6. Herreros B, Gella P, Real de Asua D. Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments. *J Med Ethics*. 2020;46(7):455-8.
7. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Clickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382(21):2049-55.
8. Informe de la Comisión Central de Deontología del CGCOM sobre la Telemedicina [Internet]. España: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [consultado: 12/06/2020]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_informe_ccd_telemedicina_10_06_2020.pdf
9. Cash R, Patel V. Has COVID-19 subverted global health? *Lancet*. 2020;395(10238):1687-8.
10. Comunicado Asociación Humanizando la Justicia en defensa del personal sanitario [Internet]. Humanizando la Justicia [consultado: 13/06/2020]. Disponible en: <https://humanizandolajusticia.com/comunicado-asociacion-humanizando-la-justicia-en-defensa-del-personal-sanitario/>
11. Pellegrino ED. Altruism, self-interest, and medical ethics. *JAMA*. 1987;258(14):1939-40.
12. Nuevos retos para la profesión médica: una aportación al debate social. Reflexiones a raíz del II Congreso de la Profesión Médica [Internet]. Organización Médica Colegial de España [consultado: 12/06/2020]. Disponible en: http://www.aeds.org/img/aeds/files/documents_information/71/libro_congreso.pdf
13. Informe sobre salarios de los médicos españoles [Internet]. Medscape Edición en español [consultado: 12/06/2020]. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000086>
14. Lara JP, Compañ A, Vargas-Núñez JA, Cardellach F, Fernández-González S, López-Muñiz A, et al. en representación de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España. Predicted change in the number of permanent medical teachers from 2017 to 2026. The training of future physicians in critical condition. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2019;219(2):84-9.
15. Mehra MR, Desai SS, Ruscitzka F, Patel AN. RETRACTED: Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry análisis. 2020;S0140-6736(20)31180-6. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31180-6. Online ahead of print. Retraction of Publication. *Lancet*. 2020;395(10240):1820.
16. Desai SS, Shortell CK. Conflicts of interest for medical publishers and editors: Protecting the integrity of scientific scholarship. *J Vasc Surg*. 2011;54(3 Suppl):595-63S.
17. Mehra MR, Desai SS, Kuy S, Henry TD, Patel AN. Cardiovascular disease, drug therapy, and mortality in Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382(25):e102.
18. Begel S, Bertomeu MJ. Medicaments essencials, patents i ilicències obligatòries: Doha no és la resposta. *Enrahonar*. 2020;65:75-84.
19. Kavanagh MM, Erondu NA, Tomori O, Dzau VJ, Okire EA, Maleche A, et al. Access to lifesaving medical resources for African countries: COVID-19 testing and response, ethics, and politics. *Lancet*. 2020;395(10238):1735-8.
20. Cruz Piqueras M, Hortal Carmona J, Padilla J. «A poc a poc i bona lletra». Una analisi ètica de la vacuna contra la covid-19: fabricació, distribució i reticència. *Enrahonar*. 2020;65:57-73.
21. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia [Internet]. España: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [consultado: 04/04/2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
22. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. La eutanasia en Bélgica. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86(1):5-19.
23. Mangino DR, Nicolini ME, De Vries RG, Kim SYH. Euthanasia and assisted suicide of persons with dementia in the Netherlands. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28(4):466-77.
24. Dierckx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):203.
25. de Beaufort ID, van de Vathorst S. Dementia and assisted suicide and euthanasia. *J Neurol*. 2016;263(7):1463-7.
26. Eutanasia y enfermedad mental. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la “Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia” [Internet]. Sociedad Española de Psiquiatría [consultado: 04/04/2021]. [http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03\(1\).pdf](http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03(1).pdf)