

Informe del experto | Nº 19

# Impacto de COVID-19 en la relación clínica:

Algunas consideraciones  
Bioéticas y Legales



Fundación  
**Merck**  
Salud



**Coordinación:**

Fernando Abellán

Javier Sánchez-Caro

*Derecho Sanitario Asesores*

Esta obra se presenta como un servicio a los profesionales sanitarios. El contenido del mismo refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de sus autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de Fundación Merck Salud.

Diseño: [www.laideacreativa.com](http://www.laideacreativa.com)



## Índice

Pag.

|  |    |
|--|----|
| Presentación .....   | 5  |
| Introducción .....   | 7  |
| 1.- Los profesionales sanitarios y su ejemplo de ética profesional a la sociedad española .....  | 9  |
| 2.- Limitación de la autonomía del paciente por razones de salud pública (libertad de circulación y acceso exclusivo a servicios esenciales) .....   | 12 |
| 3.- Atención a los pacientes críticos y fijación de criterios de priorización. Cuando las necesidades son superiores a los recursos. La cuestión de la discriminación por razones de edad .....              | 14 |
| 4.- Continuidad asistencial a través de procedimientos de e-Salud y preservación de la intimidad del paciente: videoconsultas, apps y portales del paciente. Medicamentos de dispensación hospitalaria ..... | 20 |
| 5.- Variación de los protocolos asistenciales para incorporar Covid-19. Importancia de las recomendaciones de las sociedades científicas y profesionales .....   | 24 |
| 6.- Muerte digna, acompañamiento y despedida .....   | 25 |
| 7.- Investigación en Covid-19 y flexibilización de las garantías para los pacientes .....  | 29 |
| Conclusiones y propuestas de futuro .....  | 30 |
| Referencias .....  | 32 |





## Presentación

Esta pandemia deja grandes lecciones como la importancia del trabajo colaborativo, impulsar las tecnologías y ser generoso al compartir conocimiento. Desde la Fundación Merck Salud seguimos trabajando en estas líneas y apoyando día a día a los profesionales sanitarios, pacientes y sociedad en general para superar unidos esta crisis socio-sanitaria. Y lo hacemos desde el objetivo que nos mueve desde el año 1991: promover la investigación biomédica en todas las disciplinas que contribuyen a la promoción de la salud y fomentar el desarrollo de la bioética.

Bajo este escenario presentamos este Informe del Experto “Impacto de COVID-19 en la relación clínica: Algunas consideraciones Bioéticas y Legales”. Se analizan diferentes cuestiones y circunstancias sucedidas durante la pandemia en el ámbito socio-sanitario y las controversias éticas y jurídicas de diversa índole que se han manifestado en este sentido.

El trabajo tiene un especial interés por la actualidad que estamos atravesando. Se abordan cuestiones tan relevantes como la ética de los profesionales sanitarios que, a riesgo de su salud y vida, su conducta de entrega y excelencia ha sido ejemplar. O cómo por razones de salud pública la autonomía del paciente se ha visto limitada.

El informe, asimismo, refleja los diferentes escenarios por los que ha transcurrido la sanidad española durante esta pandemia, cuando las necesidades han sido superiores a los recursos. En este sentido, se expone la necesidad de tener criterios, instrucciones o recomendaciones claras.

Durante esta emergencia sanitaria también, se ha consolidado el uso de algunos aspectos de la e-Salud como las videoconsultas, aplicaciones o portales del paciente y de la necesidad de construirse a futuro un marco deontológico y normativo que dé seguridad jurídica a todos los actores, en este camino hace una reflexión el apartado 4 del informe.

Con el fin de no dejar desatendidos a los pacientes durante la pandemia, estar alerta sobre la repercusión de la enfermedad y controlar la propagación del coronavirus se trata en este informe, el valor y la importancia de disponer



de protocolos, recomendaciones y guías clínicas emanadas tanto de la Administración sanitaria, como de las sociedades científicas de referencia en cada especialidad.

Este trabajo, se completa con unas líneas sobre la muerte digna, el acompañamiento, la despedida y la situación particular de las residencias de mayores. Así como, la flexibilización de las garantías de los derechos de los pacientes en las condiciones para dar su consentimiento a ensayos y estudios de investigación en Covid-19.

Por último, quiero agradecer a Teresa García García, coordinadora de la Sección de Bioética de la Sociedad Española de Oncología y Jefe de la Sección de Oncología Médica del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena la introducción de este informe que nos ilustra con sus reflexiones sobre la experiencia vivida en relación con la pandemia de COVID-19.

**Carmen González Madrid**  
Presidenta Ejecutiva de la Fundación Merck Salud



## Introducción

Como coordinadora de la sección de Bioética de la Sociedad Española de Oncología Médica he sido invitada por los autores de este informe a redactar una introducción al mismo “con alguna reflexión libre sobre la experiencia vivida” en relación con la pandemia de COVID-19, en la que los pacientes oncológicos se han considerado especialmente vulnerables, por el riesgo de una infección grave añadido a los otros derivados de su enfermedad y tratamiento.

Desde mediados de febrero 2020 y a medida que las noticias de Italia iban siendo más alarmantes y que nos iban llegando notas del Ministerio, planes regionales de actuación, protocolos de actuación y normas de protección personal, distanciamiento, suspensión de viajes a congresos, de vacaciones, de días de libre disposición, de prácticas de alumnos, de sesiones clínicas, preparativos acelerados en el Hospital, ... fuimos cada vez más conscientes de que esto iba en serio.

A partir del “estallido” de la crisis en Madrid y Castilla, nuestra principal preocupación fue disminuir el riesgo de infección para pacientes y personal. Progresivamente se fue añadiendo la inquietud por la evolución del propio cáncer, cuando el reordenamiento de recursos sanitarios llevó a la suspensión de pruebas diagnósticas, de cirugías programadas e incluso (en algunos lugares) de tratamientos antineoplásicos. Y creció la alarma ante algunas noticias en los medios y algunas guías de actuación que parecían desestimar de entrada el acceso de pacientes oncológicos infectados a medidas de tratamiento intensivo. Surgieron, además de protocolos clínicos, guías bioéticas para la toma de decisiones en caso de competitividad por los recursos.

En algunas Comunidades Autónomas, como la Región de Murcia, que es la mía, y otras, el trabajo en relación con la infección ha sido sobre todo preventivo: demarcación de zonas “limpias”, protección de pacientes y de personal mediante separación física, turnos de trabajo, flexibilización de horarios, revisiones telefónicas de los pacientes sanos, trabajo desde casa, etc. Pero otras zonas han pasado por una verdadera tragedia sanitaria y social. Parte el corazón escuchar las experiencias de compañeros de Madrid, Barcelona, La Mancha o León, muchos infectados o en cuarentena, muchos con familiares afectados, muchos fuera de su domicilio para proteger a los suyos, y muchos que han perdido pacientes y se han visto obligados a tomar decisiones urgentes de priorización de recursos, de suspensión de tratamientos oncológicos o de dejar a sus pacientes para atender a los infectados.



Por todo esto la Sección de Bioética de SEOM redactó unas guías para la toma de decisiones, con los valores esenciales y principios bioéticos que deberíamos considerar en esta situación. Esta guía se centró en tres cuestiones: 1) las decisiones de retraso de tratamientos antineoplásicos que podrían llevar a una pérdida de oportunidad en supervivencia, con el objetivo teórico de proteger a los pacientes del riesgo de contagio o de la escasez de tratamiento de soporte en caso de complicaciones; 2) en la adecuación del esfuerzo terapéutico de soporte intensivo en caso de complicación grave, en una situación potencial de competitividad por recursos limitados y 3) en el deber de una excepcional dedicación y disponibilidad para que no faltase a nuestros pacientes el juicio diagnóstico-terapéutico del oncólogo médico en una eventual situación de riesgo vital.

Ahora que ha amainado en parte la alarma, veo otros problemas éticos, como el empeoramiento de la atención al final de la vida por la restricción del acompañamiento a los pacientes, infectados o no, y la reducción del acceso a cuidados paliativos al reorientarlos en muchos casos a la atención de infectados.

Pero también es cierto que en muchos casos hemos mejorado la calidad de vida de pacientes y acompañantes al reducir la intensidad de las intervenciones y la frecuencia de citas, adecuándolas de forma más cuidadosa a cada uno. Es algo sobre lo que debemos reflexionar en un futuro.

Nuestra conclusión es que el reto que nos ha planteado la pandemia es a la vez una gran oportunidad para mejorar la atención a los pacientes y cuidar más a los profesionales. Debemos mantener formas de trabajar flexibles, que reducen la presión asistencial, y continuar mejorando en la toma de decisiones compartida, centrada en la dignidad individual de cada persona, en la información honesta y en la proporcionalidad de las medidas diagnósticas y terapéuticas.

**Dra. Teresa García García**

Jefe de la Sección de Oncología Médica del H. Universitario Santa Lucía de Cartagena  
Coordinadora de la Sección de Bioética de la Sociedad Española de Oncología Médica





## **1 - Los profesionales sanitarios y su ejemplo de ética profesional a la sociedad española**

Al tiempo de redactarse este informe, España se encuentra todavía bajo la emergencia sanitaria por Covid-19, circunstancia que ha tensionado de manera muy importante al sistema sanitario y sociosanitario, y que ha aflorado controversias éticas y jurídicas de diversa índole.

De entrada, debe destacarse como una de las cuestiones más relevantes el ejemplo de ética cívica de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos, auxiliares) y sociosanitarios, quienes, a riesgo de su salud y de su vida (algunos la han perdido), han echado el resto para no dejar desatendidos a los pacientes. Este proceder supone en la práctica un ejemplo palmario de la denominada ética de la virtud, que es una ética de base aristotélica que pone su acento en las actitudes personales, en las virtudes del carácter. Esta corriente ética propugna aflorar lo mejor que hay en nosotros mediante una conducta de entrega y excelencia. Se trata, por tanto, de una ética teleológica o de fines en la que el objetivo perseguido se tiene en alta estima y que aquí se ha concretado en no escatimar esfuerzos y dedicación en la tarea de atender y cuidar a los pacientes.

La ética de la virtud en su proyección sanitaria es fundamentalmente una ética del cuidado, que tiene a la compasión por los demás como uno de sus ingredientes más importantes, por cuanto la búsqueda de la excelencia tiene que estar dirigida, necesariamente, no solo al ámbito





personal propio, sino también al que hace referencia a las relaciones interpersonales, de manera que consigamos una relación amable y satisfactoria con el mundo natural y social en el que estamos integrados para estar bien con uno mismo y con los otros, especialmente con los más vulnerables.

## *“La ética de la virtud en su proyección sanitaria es fundamentalmente una ética del cuidado”*

El objetivo de los profesionales no se ha centrado exclusivamente en los pacientes afectados por la enfermedad de Covid-19, sino también en garantizar la continuidad asistencial del resto, a los que no se podía abandonar respecto de sus patologías oncológicas, neurológicas, ginecológicas, cardiológicas, etc. Y esto último había que hacerlo incorporando medidas nuevas que tuvieran presente la gravedad de la pandemia, tanto de asepsia, de pruebas complementarias (serologías, PCR, etc.) como de reducción de las visitas presenciales a centros y consultas médicas. Por este motivo, se han multiplicado los actos médicos a través de procedimientos telemáticos (seguimiento telefónico, videoconsultas, mensajería electrónica, etc.), lo que ha

dado un impulso notable a la e-Salud, que podrá aprovecharse después de esta crisis.

Un ejemplo de lo anterior lo constituye el llamamiento explícito al “deber de una excepcional dedicación y disponibilidad” de los profesionales para la atención de los pacientes oncológicos, formulado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), a través del documento de Recomendaciones éticas en la toma de decisiones con pacientes oncológicos durante la epidemia de Covid-19, elaborado por su Sección de Bioética. En este último se indica la necesidad de establecer “canales extraordinarios de comunicación” más fluidos entre el paciente, los servicios de urgencias, de cuidados intensivos o el médico de familia, y el Servicio de Oncología Médica, aunque requiera “dedicación y atención extra por parte de los oncólogos/enfermería oncológica”. Todo ello “para que no falte a nuestros pacientes el juicio diagnóstico-terapéutico del oncólogo médico en una eventual situación de riesgo vital”. Algunos principios bioéticos de gran relevancia como el de autonomía y valores y derechos importantes en la relación clínica y en la asistencia sanitaria, como la intimidad, la confidencialidad de la información, la protección de datos personales, el acompañamiento, etc., se han visto necesariamente limitados en aras de



primar la protección de la salud tanto individual como colectiva. Lo cierto es que el impacto en los derechos de los pacientes y de los ciudadanos en general resulta muchas veces inevitable ante problemas de salud pública tan graves como el generado por Covid-19.

En todo caso, lo que interesa destacar ahora es el enorme sacrificio de los profesionales que, con su buen hacer, han sido capaces de hacer frente a la pandemia en un sistema sanitario puesto a prueba como nunca antes había sucedido y que, a pesar de todo, ha sido capaz de adaptarse a las adversas condiciones y de prestar una asistencia sanitaria de calidad que, a la postre, ha permitido controlar sus efectos. Se puede afirmar, sin ningún género de dudas, que los aspectos éticos y deontológicos han primado por encima de cualquier otro tipo de consideraciones, de manera que se han cumplido los principios que enmarcan su profesión: el médico, el profesional sanitario, no debe abandonar a un paciente que necesite sus cuidados, pues, según el Código de Ética y Deontología Médica (2011), no puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal, lo que, se reitera de nuevo, desgraciadamente, ha sucedido, ocasionándoles, incluso, la muerte en cumplimiento de su labor sanitaria.





## 2 - Limitación de la autonomía del paciente por razones de salud pública

*(Libertad de circulación y acceso exclusivo a servicios esenciales)*



todo en su vertiente colectiva. Las actuaciones en este campo suponen en ocasiones un inevitable balanceo de valores: por un lado, el respeto a la autonomía de los ciudadanos, a su libertad individual; y, por otro lado, la búsqueda del citado interés general, de la solidaridad, de lo que es mejor para la salud de la sociedad en su conjunto. Y en esa balanza, la salud pública obliga a dar una clara primacía al bien común sobre el bien particular, lo que en algunos casos puede llegar a suponer una inevitable privación de derechos de los ciudadanos afectados por las iniciativas que deban ponerse en marcha. El ejemplo paradigmático de lo que se comenta lo tenemos precisamente con la emergencia sanitaria por Covid-19, que debutó a principios de 2020.

Una de las notas que caracterizan fundamentalmente a la salud pública es su preocupación por el interés general, por encima del particular. Se trata de llevar a cabo acciones dirigidas a vigilar, promover y proteger la salud de las personas, pero no sólo en su esfera individual, sino también y sobre

Las dos normas más importantes en España que regulan la salud pública son la Ley 33/2011, general de salud pública, de 4 de octubre de 2011 (LGSP) y la Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública (LOMESP). Para activar estas leyes, particularmente la segunda, en situaciones concretas de especial gravedad, el Gobierno de España recurrió a la Ley orgánica 4/1981,



de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio. Con apoyo en esta última ley, dictó la declaración de estado de alarma a través del Real Decreto 463/2020 por el que quedó restringida la circulación de las personas por las vías y espacios de uso público, salvo para ciertas actividades, que solo podían hacerse individualmente, entre las que se encontraban algunas de naturaleza sanitaria, como por ejemplo la adquisición de productos farmacéuticos y la asistencia a centros, servicios y establecimientos sanitarios.

## *“La búsqueda del citado interés general, de la solidaridad, de lo que es mejor para la salud de la sociedad en su conjunto”*

Aunque las normas dictadas durante el estado de alarma han sido muy numerosas, procede destacar que mediante el Real Decreto-ley 9/2020 se dio un paso más en esta línea, y en relación al mantenimiento de actividad de centros sanitarios y centros de atención a personas mayores, se prescribió que durante la vigencia del estado de alarma y sus posibles prórrogas, se entenderían como servicios esenciales, cualquiera que fuera la titularidad, pública o priva-

da o el régimen de gestión, los centros, servicios y establecimientos sanitarios que determinara el Ministerio de Sanidad, así como los centros sociales de mayores, personas dependientes o personas con discapacidad, en los términos especificados por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Lógicamente, los centros declarados esenciales tenían la obligación de garantizar su funcionamiento a los ciudadanos.

En el ámbito sanitario, el Ministerio de Sanidad, a través de la Orden SND/310/2020, fijó la relación de esos servicios esenciales. Así, en el Anexo que incorporaba la norma figuraban, entre otros, los hospitales, los centros de atención primaria, las consultas médicas y de otros profesionales sanitarios. Respecto a los centros especializados se establecieron ciertas limitaciones como, por ejemplo, las clínicas dentales solo podían atender situaciones de urgencia, los centros de reproducción asistida únicamente podían llevar a cabo actuaciones en procesos programados o ya iniciados (pero no iniciar nuevos), los centros de cirugía mayor ambulatoria, tan solo respecto de situaciones de urgencia, etc. Como la propia Orden ministerial precisó, los centros, servicios y establecimientos sanitarios que no hubieran sido declarados servicios esenciales (o en la medida en que no lo hubieran sido), debían



paralizar toda actividad que implicara algún tipo de desplazamiento desde el 2 de abril (fecha de entrada en vigor) hasta el día 9 de abril de 2020 inclusive.

La consecuencia de lo anterior es que los pacientes, por razones de salud pública, quedaron privados del acceso a determinadas prestaciones sanitarias no urgentes por la necesidad de guardar cuarentena. Después del citado 9 de abril de 2020, los servicios esenciales no perdieron esa con-

sideración (y por ello debían seguir estando garantizados), si bien se entendió de facto por la Administración sanitaria que podían ir reactivándose progresivamente el resto de los considerados no esenciales, lo que fue sucediendo de manera progresiva en las distintas comunidades autónomas aplicándose protocolos estrictos para evitar los contagios, apoyándose en muchos casos en las recomendaciones de las sociedades científicas y profesionales.

### **3 - Atención a los pacientes críticos y fijación de criterios de priorización. Cuando las necesidades son superiores a los recursos. La cuestión de la discriminación por razones de edad**

La emergencia de la pandemia en España ha ocasionado, durante un tiempo, que los recursos sanitarios no hayan sido suficientes para atender a los afectados, sin olvidar, además, la necesidad de asistir a otros ciudadanos en sus distintas patologías, que pueden ser de igual o mayor gravedad que la padecida por los enfermos de Covid-19. En un escenario de tales características no cabe otro camino que priorizar, lo que bajo la declaración del estado de alarma origina complejos problemas de no fácil solución, que hacen referencia a

aspectos éticos y jurídicos de envergadura, enmarcados de manera principal, aunque no exclusiva, bajo el conocido principio de justicia.

La justicia consiste en dar a cada uno lo suyo, lo que le pertenece o le corresponde (en nuestro caso el recurso sanitario que cada uno necesite). Ahora bien, la que ahora más interesa es la justicia distributiva que se refiere, en sentido amplio, a la distribución equitativa de los beneficios o de las cargas, esto es, a la imparcialidad en



la distribución (quién tiene prioridad para acceder al recurso y quién no). De esta manera, se da lugar a una injusticia cuando algún beneficio que corresponde a la persona (un enfermo) es denegado sin una buena razón para ello o cuando alguna carga se impone indebidamente (se le excluye del recurso).

En la historia de la medicina se cuenta que el primer sistema de clasificación y establecimiento de prioridades se llevó a cabo por Dominique Larrey, cirujano del ejército de Napoleón, dando lugar a que dicha actividad se conozca en la actualidad como triaje (en español). Se distingue, al respecto, entre un triaje igualitario, determinado por las necesidades individuales y un triaje utilitarista social, que persigue fines no médicos como por ejemplo ahorrar dinero, que debe descartarse en nuestro caso. De cualquier manera, deben ponderarse siempre los intereses individuales y los derivados del interés general, que pueden restringir los individuales a consecuencia de la pandemia.

### ***3.1.- Fijación de criterios en la atención por Covid-19***

Dentro de este apartado deben distinguirse dos partes diferenciadas: las cuestiones previas o criterios generales y los criterios concretos de priorización, que incluyen las cuestiones relativas a la edad. La necesidad de tener crite-

rios, instrucciones o recomendaciones sobre este asunto se ha dejado sentir entre los profesionales sanitarios, siendo ésta la razón de que desde diversas instituciones se hayan elaborado documentos con dicha finalidad: de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC); de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial y del Comité de Bioética de España, entre otros.

Por su importancia y la claridad de los argumentos utilizados, seguimos fundamentalmente en esta exposición el Informe del Ministerio de Sanidad sobre los Aspectos Éticos en Situaciones de Pandemia, aunque sin desconocer el esfuerzo y la importancia desplegados en otros trabajos que se han ocupado





del tema. Naturalmente, deben ser objeto de revisión a la vista de la evolución de los acontecimientos.

### *Cuestiones previas o criterios generales*

- Una vez decretado el estado de alarma, corresponde al Gobierno de la Nación, a través del Ministerio de Sanidad, la responsabilidad de dictar instrucciones o recomendaciones, que deben evitar que se conviertan en una trampa para quienes deban tomar las decisiones, de modo que pudieran sugerir o promover indebidamente decisiones automáticas, rutinarias o despersonalizadas.
- El establecimiento de criterios de priorización tiene que hacerse en base a razones objetivas, generalizables, transparentes y consensuadas, sin perjuicio de valorar los aspectos individuales.
- Se han de utilizar los criterios de priorización una vez agotados los recursos existentes.
- Corresponde al equipo médico asumir las implicaciones de sus decisiones, aunque es recomendable recibir otras orientaciones, por ejemplo, del comité de ética asistencial, si es posible, o de otros facultativos de mayor experiencia.
- Debe garantizarse la optimización de la totalidad de los recursos a nivel local, autonómico y estatal.

- Debe garantizarse el adecuado apoyo psicológico a los profesionales sanitarios (para tratar de evitar el burn out).

### *Criterios de priorización, incluyendo las cuestiones relativas a la edad*

- No procede la discriminación por ningún motivo ajeno a la situación clínica del paciente y a las expectativas objetivas de supervivencia.
- Debe prevalecer el principio de máximo beneficio en la recuperación de vidas humanas.
- Ha de ser la gravedad del estado de enfermedad del paciente la que evidencie la necesidad de cuidados intensivos.
- Tienen que tenerse en cuenta las expectativas objetivas de recuperación del paciente (a su estado previo de salud) en el corto plazo, tomando en consideración la concurrencia o no de patologías graves acompañantes que evidencien un pronóstico fatal (enfermos terminales con pronóstico de irreversibilidad, estado de coma irreversible, etc.), aunque pueda comportar una atención clínica añadida.
- Se ha de considerar el orden temporal de entrada en contacto con el sistema de salud, con el fin de objetivar el punto de partida de los pacientes de los que se responsabiliza el centro, aunque este criterio nunca





debe anteponerse a los anteriores, pues podría provocar la preferencia de pacientes de menor urgencia, atendiendo a la gravedad de su situación, o de pacientes sin ningún pronóstico favorable sobre su recuperación.

- Se establece la absoluta proscripción de discriminación por cualquier motivo. Excluir a pacientes por razón únicamente de una edad avanzada resulta discriminatorio y contrario a nuestra Constitución (artículo 14). Por ejemplo, aplicar dicha limitación a toda persona de edad superior a 80 años.
- En este sentido, los pacientes de mayor edad, en caso de escasez

extrema de recursos asistenciales, deben ser tratados en las mismas condiciones que el resto de la población, es decir, atendiendo a criterios clínicos de cada caso en particular. Una discriminación por razón simplemente de edad supondría una minusvaloración de determinadas vidas humanas por la etapa vital en la que se encuentran, lo que constituye un atentado a la igual dignidad intrínseca de todo ser humano. En conclusión, no resulta en modo alguno aceptable descartar ex ante el acceso a dichos medios a toda persona que supere una edad determinada.



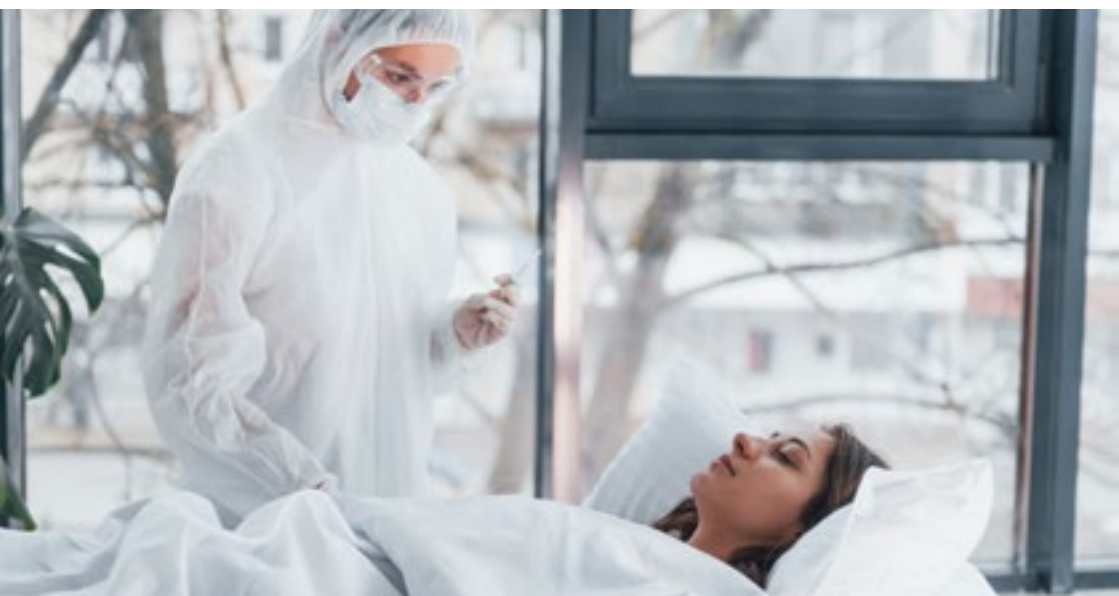
- Los mismos argumentos se deben emplear para proibir cualquier otra discriminación por motivos tales como la discapacidad en cualquiera de sus manifestaciones o en relación con los colectivos de menores de edad en situaciones más vulnerables.

Hay que resaltar la especial vulnerabilidad respecto de Covid-19 padecida por los mayores que viven en residencias, al ser instalaciones cerradas con muchas personas de riesgo, que carecen de servicios propios de orientación preventiva. La letalidad del virus ha sido muy alta en este colectivo, debido a diversos factores como las dificultades para acceder a ciertas prestaciones sanitarias (unidades de cuidados paliativos, hospitalización a domicilio), la falta

de desarrollo suficiente de la coordinación sociosanitaria y la desconexión de estos establecimientos de la atención primaria de la salud. Incluso, han tenido que ser auxiliados por profesionales de otros ámbitos, como miembros de unidades militares o miembros de ONG.

### *3.2.- Fijación de criterios en la atención de otras patologías distintas a Covid-19, durante la pandemia. El caso de los pacientes oncológicos*

Vistos los criterios establecidos para la atención de los pacientes de Covid-19, procede también reflejar las pautas a seguir para otros pacientes con necesidades importantes de atención sanitaria, que durante la parte más aguda de la pandemia sufrieron la suspensión de las exploraciones diagnósticas y de las ciru-





gías no urgentes. A este respecto, resulta de interés tomar en consideración el ejemplo del citado documento de recomendaciones éticas de la SEOM, que propuso los siguientes principios para planificar y aplicar las decisiones respecto de los pacientes oncológicos:

- “Proporcionalidad en lo referente al tratamiento de la neoplasia y en las medidas de soporte, teniendo presente el contexto concreto de cada paciente, y la situación del sistema y centro sanitario.
- Base racional y científica lo más sólida posible para las decisiones (sabiendo que nunca se elimina por completo la incertidumbre).
- En lo posible toma de decisiones compartida entre oncólogo y paciente, teniendo en cuenta a los familiares o cuidadores. Si excepcionalmente no fuera factible, el equipo sanitario es el garante del paciente para la toma de decisiones.
- Las decisiones de modificación del tratamiento deben ser: 1) basadas en recomendaciones contrastadas (como las que los grupos cooperativos han ofrecido a través de la SEOM), y 2) explicadas al paciente con transparencia y honestidad. La decisión y actuación quedará reflejada en la historia clínica.
- Cuando no se consiga determinar con claridad la decisión más proporcionada, es una opción válida el Tra-

tamiento Limitado en el Tiempo: administrar un tratamiento durante un período definido, con un acuerdo de objetivos entre el equipo sanitario, el paciente y familiares, para ver si hay o no mejoría. Este modelo es deliberativo y ajustado a la situación cambiante de muchos pacientes con cáncer y podría ser un camino intermedio en la decisión de soporte (tratamiento) en UCI.”

De acuerdo con el documento de la SEOM, el retraso del tratamiento oncológico que pudiera ser comprensible en el momento más agudo de la epidemia debió de ceder después cuando se dispuso de más recursos. En todo caso, aboga por la evaluación individual de la proporcionalidad de cada decisión teniendo en cuenta el riesgo-beneficio del retraso del diagnóstico o del tratamiento curativo con respecto a la disponibilidad de recursos y el peligro de contagios en el personal, para ir a una toma de decisiones adecuadas y prudentes. Y respecto a la situación de escasez de recursos limitados de soporte intensivo, el documento aboga por descartar exclusiones previas categóricas (por edad, discapacidad, etc.), y tener en cuenta la situación global de cada paciente (pronóstico vital, grado de comorbilidad, probabilidad de supervivencia, scores de gravedad), dando prioridad a los que tengan más probabilidades de beneficiarse.



## **4.- Continuidad asistencial a través de procedimientos de e-Salud y preservación de la intimidad del paciente: videoconsultas, apps y portales del paciente. Medicamentos de dispensación hospitalaria**

La pandemia de Covid-19 suspendió durante varias semanas la actividad asistencial no urgente, dando lugar en muchos casos al uso de la teleasistencia y la e-Salud para garantizar la continuidad asistencial de los pacientes. De esta manera, se multiplicaron las consultas telefónicas y las videoconsultas, el uso del correo electrónico, así como de los portales del paciente y las comunicaciones por Apps de aquellos centros que disponen de estas tecnologías. Desde el ámbito colegial médico, se emitieron también algunas recomendaciones para orientar acerca de la prestación excepcional de información y obtención del consentimiento por vía telefónica con los familiares del paciente, cuando este último no se hallaba en condiciones para ello (intubado, inconsciente, etc.), y también para la realización de consultas virtuales. A este respecto, destaca el documento de Consideraciones deontológicas del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña en relación con la información, consentimiento y consulta virtual durante la pandemia de Covid-19.

*“La experiencia acumulada durante la emergencia sanitaria va a resultar muy importante para potenciar la e-Salud”*

Durante una situación de emergencia sanitaria es normal que se produzca una flexibilización de los criterios de atención a los pacientes por los citados sistemas, en aras de primar la protección de la salud pública. Pero, lógicamente, una vez que se supera esta situación, el respeto a los derechos individuales debe volver a su nivel previo y tener muy presentes las obligaciones en materia de seguridad de la información, confidencialidad y protección de datos personales. Estos últimos son en principio los principales focos de responsabilidad para los profesionales y centros sanitarios que emplean la e-Salud, junto con la posibilidad de incurrir en mala praxis por prescindir del acto médico presencial cuando éste es oportuno.



La experiencia acumulada durante la emergencia sanitaria va a resultar muy importante para potenciar la e-Salud, si bien debe construirse a futuro un marco deontológico y normativo que dé seguridad jurídica a todos los actores, y que supere las escasísimas referencias que contiene el actual Código de Deontología Médica, de la Organización Médica Colegial, en el que realmente no se ha asentado la e-Salud. De esta manera, podrían hacerse los siguientes apuntes generales pensando en una situación de normalidad asistencial (no urgente, ni de peligro para la salud pública, ni en la que la distancia física sea un factor crítico por vivir el paciente en un sitio alejado o donde se carezca de especialistas), respecto de la utilización del teléfono, correo electrónico y videoconsultas:

### *La información a los pacientes por teléfono, whatsapp y correo electrónico*

La llamada al teléfono del paciente o el envío de información por whatsapp o a su correo electrónico personal deben evitarse como regla general, toda vez que no garantizan el respeto a su intimidad ni los estándares de protección de datos personales. Otra cuestión distinta, que sí sería correcta, es cuando el paciente accede a notificaciones desde su terminal electrónico utilizando una App que conecta de forma se-

gura con el servidor del centro (portal del paciente), donde se ejecuta materialmente el acceso y donde los datos están cifrados o protegidos con otro mecanismo que garantice que la información no sea inteligible ni manipulada por terceros. En el caso del correo electrónico para remitirse informes entre profesionales, sería necesario que se tratara de redes cerradas con sistemas de protección como los que existen en ocasiones con los correos corporativos de los hospitales.



### *Las videoconsultas*

Las videoconsultas, que permiten reducir los desplazamientos de los pacientes a los centros sanitarios, y proporcionan ventajas notables en el terreno económico, medioambiental y de gestión del tiempo tanto para los usuarios como para los profesionales, serían válidas éticamente siempre que, ade-



más de utilizarse comunicaciones seguras (por ejemplo, el sistema de App comentado anteriormente), de estar identificado el paciente y de haberse obtenido el consentimiento previo de este último a dicho procedimiento, el médico le haya atendido previamente de manera presencial o tenga acceso a su historial, salvo que sean primeras consultas de mera orientación general.

## *“Debería impulsarse la realización de guías médicas y protocolos de utilización de los procedimientos de e-Salud”*

En cuanto a su objetivo, podrán ser de seguimiento clínico de pacientes estables, revisiones para solicitud y valoración de resultados, comunicación de estos últimos, ampliación de información y resolución de dudas, segunda opinión médica, etc. Por otro lado, aunque la videoconsulta no se grabe, sí debe dejarse constancia de su práctica y de su contenido en la historia clínica para permitir el seguimiento adecuado del paciente.

Habría que contemplar de manera complementaria el factor personal, en el sentido de tener en cuenta de qué paciente se trata y cuáles son sus nece-

sidades, aptitudes con la tecnología y posibilidades de acceso a esta última, valores personales, lo que pueda suponer para él en particular el contenido de la información concreta que se transmita, etc.

Al margen de lo anterior, debería impulsarse la realización de guías médicas y protocolos de utilización de los procedimientos de e-Salud de acuerdo con la evidencia científica, tanto dentro de los centros como en el ámbito de cada especialidad médica, para lo cual las sociedades científicas y profesionales podrían tener un evidente protagonismo.

## *Acercamiento de los medicamentos de dispensación hospitalaria*

Durante la pandemia, para evitar el desplazamiento de los pacientes a los hospitales con el único fin de recoger su medicación, y reducir así las posibilidades de contagio y la saturación de los centros, se han tomado algunas medidas interesantes como la adoptada por la Consejería de Sanidad de Cantabria de permitir su retirada a través de la oficina de farmacia más próxima. En concreto, esta decisión se aplicó desde el 24 de marzo de 2020 a pacientes en tratamiento crónico estable y respecto de medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria (inmunosupresores selectivos,



tratamientos de esclerosis múltiple y relacionados con la patología crónica grave pulmonar). Otras comunidades como la de Madrid habilitaron un procedimiento de entrega de medicación a domicilio para los pacientes que lo solicitaran, en particular para los que estaban en cuarentena por Covid-19, los que vivían solos y no podían desplazarse, los de riesgo por edad avanzada, pluripatológicos, oncohematológicos o inmunodeprimidos, etc.

Es razonable pensar que estas medidas podrían pervivir en el futuro para de-

terminado tipo de pacientes, siempre y cuando no desvirtúen el acto profesional de la dispensación, de enorme importancia para protegerles, pues permite evitar y corregir problemas relacionados con los medicamentos (PRM), así como facilitar información sobre su utilización. Por este motivo, se antojan especialmente beneficiosas aquellas fórmulas (como la citada de Cantabria) que se basen en la colaboración entre la farmacia hospitalaria, la comunitaria y los diferentes actores de la cadena de suministro con el fin de poder acercar lo más posible la dispensación al domicilio del paciente.





## 5.- Variación de los protocolos asistenciales para incorporar Covid-19. Importancia de las recomendaciones de las sociedades científicas y profesionales

Un contexto de pandemia internacional, como la vivida por Covid-19, obliga a los profesionales sanitarios a adaptar su actuación a las circunstancias extraordinarias que se presentan con el fin de no dejar desatendidos a sus pacientes, de estar alerta sobre la repercusión de la enfermedad para la salud de estos últimos, y, por supuesto, de evitar la propagación del coronavirus.

En el plano jurídico se traduce lo anterior de la necesidad de acomodar la *lex artis* médica a una realidad asistencial diferente, en la que se imponen las máximas precauciones. La *lex artis* no es otra cosa que la manera correcta de actuación según la coyuntura que rodea al profesional en cada momento (gravedad de la situación, medios humanos y materiales disponibles, urgencia, peligro de contagio, etc.), y, por consiguiente, no puede ser la misma en condiciones normales que ante una crisis sanitaria como la de Covid-19. Cuando se producen reclamaciones en los tribunales por los pacientes o sus familiares, el criterio habitual por el que se determina la culpabilidad o no del profesional o del Servicio de Salud, es precisamente el juicio de valor que

se hace a posteriori sobre si se siguió o no la *lex artis* médica ante los hechos concretos que se plantearon.

*“Necesidad de acomodar la *lex artis* médica a una realidad asistencial diferente”*

Unas herramientas muy valiosas para que el profesional ajuste lo más posible su proceder a la citada *lex artis*, especialmente en un escenario crítico y cambiante como el de una pandemia por un coronavirus desconocido, son los protocolos, recomendaciones y guías clínicas emanadas tanto de la Administración sanitaria, como de las sociedades científicas de referencia en cada especialidad. El valor orientativo de estos documentos está reconocido expresamente en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, y su seguimiento genera por sí mismo una presunción de que la actuación es correcta. Por el contrario, el profesional que se aparta de los protocolos, si surgen problemas (reclamación del paciente por posible daño a su salud) queda en una posición





legal muy comprometida que le obliga a probar de manera convincente los motivos de sus actos médicos.

Por citar un ejemplo, puede destacarse la importancia que han tenido en el campo de los tratamientos de reproducción asistida las Recomendaciones para la seguridad y reducción de riesgos ante la infección por coronavirus (SARS-CoV-2) en las unidades de reproducción asistida, emitidas por la Sociedad Espa-

ñola de Fertilidad (SEF) y por la Asociación para el estudio de la Biología de la Reproducción (ASEBIR), que fueron respaldadas por el Ministerio de Sanidad, y que han sido actualizadas con arreglo a la evolución del conocimiento científico. Su seguimiento por las unidades y centros de fertilidad constituye una garantía de que se ha actuado prudentemente, con arreglo al estado de la ciencia y acorde con la mencionada *lex artis* médica exigible en cada momento.

## 6.- Muerte digna, acompañamiento y despedida

La expresión muerte digna tiene unas connotaciones culturales que impiden interpretarla en un solo sentido, salvo que se explicita su contenido o sus rasgos esenciales, en cuyo caso queda claro cuál es su significado y sus elementos característicos. Una muerte digna, por ejemplo, en la época de Cervantes, es la que se describe a propósito de Don Quijote de la Mancha en sus últimos días de vida: fallece en la cama, arrepentido de su vida anterior, lo que le lleva a exclamar: ".../... que ya no soy don Quijote de la Mancha, sino Alonso Quijano a quién mis costumbres me dieron renombre de "bueno" .../..." La escena se completa con el acompañamiento de los suyos, confesado y después de hacer testamento con la ayuda del escribano. La cuestión, entonces, consiste en de-

terminar cuál es, en nuestro momento histórico, el consenso alcanzado, ético y jurídico, en torno a algunos de los contenidos del ideal de la buena muerte y proyectarlos después en el caso de las muertes por Covid-19 en dónde, por razón de las especiales circunstancias de la pandemia, nos encontramos, inevitablemente con un conflicto de valores (el acompañamiento, por ejemplo, se ve limitado por razones de salud pública) y en ocasiones con una merma de los derechos de los pacientes.

### *¿Cuáles son los valores básicos del ideal de la buena muerte en la actualidad?*

Todos los que se enumeran a continuación se entiende que quedan englobados bajo el concepto de dignidad, en



cuanto valor intrínseco y base del respeto que todo ser humano merece, con independencia de su grado de autonomía o de conciencia.

- Respeto a las convicciones personales: principalmente las relacionadas con sus creencias ideológicas o religiosas.
- Alivio del sufrimiento, que abarcará, en su caso, el derecho a recibir cuidados paliativos, cuestión que ha sido recogida por la totalidad de las comunidades autónomas que han legislado en esta materia y a la que se han referido en varias ocasiones la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (1999) y el Comité de Ministros del Consejo de Europa (2003).
- Recibir información derivada de su proceso asistencial de forma comprensible y adaptada a sus necesidades.
- Consentimiento informado, que abarca la posibilidad de rechazo del tratamiento o procedimiento y la retirada de una intervención ya iniciada, aunque ponga en riesgo su vida o la suspensión de medidas de soporte vital.
- Preservación de la intimidad personal y familiar (que comprende la habitación individual) y de la confidencialidad de la información.
- Acompañamiento de las personas que integran su entorno familiar, afectivo y social, que adquiere especial

significado en determinados casos: menores, discapacitados, dependientes, embarazadas o fallecimiento inmediato.

Una ojeada rápida a los valores reseñados, contruidos en la legislación autonómica como derechos de los pacientes, pone de manifiesto que algunos de ellos no pueden existir, o tienen que ser modificados en el caso de peligro para la salud pública debido a las posibilidades de contagio que supondría su mantenimiento. Tal es el caso de la intimidad y la confidencialidad de la información, pues, o bien la primera no puede ejercerse por el fallo de las estructuras asistenciales, sobrecapacitadas por la enorme cantidad de pacientes que demandan atención sanitaria, o bien la segunda requiere severas limitaciones para impedir la extensión de la pandemia y su consecuencia inmediata de muertes.

### *Acompañamiento y duelo durante la pandemia de Covid-19*

La dignidad personal, la libertad o la intimidad son derechos individuales, cuyo ejercicio no siempre puede armonizarse con las exigencias que requiere la protección o el bienestar colectivo, que se considera un valor superior (*salus publica suprema lex*). En la práctica, más que afirmar que la salud pública es el valor predominante, de lo que se trata es de ponderar en las diversas cir-



cunstancias y utilizando el principio de proporcionalidad, cuándo es posible y cómo el acompañamiento de los enfermos hospitalizados por Covid-19 en las áreas de urgencias, cuidados intensivos, reanimación y duelo. Se trata, pues, de evitar el pesar y el dolor de familiares y allegados a los que se les impide acompañar y despedir a sus seres queridos en unos momentos tan necesitados de calor humano.



Sobre este particular, resultan de especial interés los criterios recomendados por el Comité Ético Asistencial del Área I de Salud de la Región de Murcia, que en síntesis son los siguientes:

- La regla general durante la pandemia es evitar las visitas hospitalarias por el elevado riesgo de contagio, utilizando si es posible los medios digitales.
- Es posible el acompañamiento en algunos momentos del ingreso de las personas en situación de dependencia, menores de edad, discapacitados, embarazadas y parturientas o situaciones de fallecimiento inmediato.
- El acompañante debe reunir los requisitos establecidos en el protocolo correspondiente y se le considera "contacto estrecho", por lo que deberá realizar aislamiento domiciliario durante 14 días bajo control de atención primaria.
- Se excluye del acompañamiento a las personas con determinados factores de riesgo: mayores de 70 años, menores de 18, hipertensión arterial, diabetes, patología cardiovascular, enfermedad pulmonar, enfermedad hepática crónica, enfermedad renal crónica, personas con deterioro cognitivo y/o demencias, inmunodeficiencias y embarazadas.
- Además, los acompañantes no deberán presentar síntomas respiratorios agudos, ni molestias como tos, fiebre o malestar y deberán utilizar equipos de protección individual. Si el acompañamiento se prevé prolongado, se recomendará al acompañante que en ningún momento salga del hospital.
- En cuanto al duelo, la guía contempla que ante un fallecimiento inminente se favorezca el acceso de los familiares más directos para una despedida, sin establecer contacto físico con el enfermo o ya cadáver, ni con las superficies, enseres de su entorno o cualquier otro material que pudiera estar contaminado.
- En todo caso, se aconseja ponderar siempre las circunstancias del caso concreto.



Como dice también el Comité de Bioética de España, aún siendo imperativas las medidas para prevenir la transmisión del virus, debe tratar de salvaguardarse un entorno más compasivo en la asistencia y, en su caso, en el morir de los pacientes de Covid-19. De ahí que abogue por buscar los denominados cursos intermedios evitando la rigidez absoluta, lo que el citado comité concreta en permitir el acceso de, al menos, un familiar, sobre todo en los momentos de la despedida.

### *Situación particular de las residencias de mayores*

Este criterio sería también extrapolable a la situación de los mayores aislados en residencias, que se han visto privados del acompañamiento de sus familiares, con el agravante en muchos casos de padecer discapacidad intelectual y deterioro cognitivo, que son factores que dan lugar a mayor inseguridad emocional y por ello dificultan también poder adaptarse y soportar el confinamiento.

Aunque en las residencias de mayores se pudo flexibilizar la medida de restricción absoluta de visitas para la personas en procesos finales de vida, como sostiene el Grupo de trabajo de Ética y Covid (Euskadi) de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, ese momento "se ha identificado especialmente con la agonía, cuando la persona ya está muy desconectada y la comunicación es

difícil, lo que ha dificultado en los días previos las despedidas, la expresión de los afectos y la resolución de asuntos pendientes, acciones tan necesarias para un buen morir". También, las restricciones por riesgo de contagio posteriores al fallecimiento han dificultado y, en algunos casos, impedido, "poder ver y reconocer a la persona fallecida y despedirse de ella, siendo especialmente duro si el fallecimiento ha sido imprevisto". Concluye a este respecto el mencionado grupo de Ética y Covid que "debe permitirse la presencia, como mínimo, de una persona familiar o allegada durante un tiempo suficiente, en un espacio íntimo, siempre respetando las normas de higiene y de prevención, y proporcionándole el equipo adecuado si está en un centro sanitario o residencial". Si es posible, debe procurarse también facilitar la despedida de otras personas, amistades y familiares a través del teléfono, lectura de correo electrónico, videollamadas, etc.

En última instancia, y en el plano legal, el citado Comité de Bioética de España recuerda que la Constitución Española (art. 53.1) y la propia doctrina consolidada del Tribunal Constitucional, establecen que los derechos fundamentales deben conservar, al menos, un contenido mínimo esencial, incluso cuando esté justificada ética y legalmente su limitación, como ha sucedido durante la emergencia sanitaria de Covid-19.



## 7.- Investigación en Covid-19 y flexibilización de las garantías para los pacientes

La flexibilización de las garantías de los derechos de los pacientes en el ámbito asistencial ha tenido también su traducción en el terreno de la investigación. Hay que tener en cuenta que en muchos casos los pacientes no estaban en condiciones de dar su consentimiento a los ensayos y estudios de investigación, bien porque estaban inconscientes bien porque se hallaban intubados por los problemas respiratorios asociados a Covid-19, y el consentimiento lo han tenido que dar los familiares que tampoco podían desplazarse a los hospitales por el riesgo de contagio. Incluso, en situaciones en las que los pacientes sí podían dar su consentimiento, éste ha tenido que prestarse de forma verbal para evitar que el propio bolígrafo y papel pudieran ser un vehículo de contagio.

Los proyectos relacionados con Covid-19 han sido considerados prioritarios para la Agencia Española de los Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y para los Comités de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm), y de ahí que se hayan establecido medidas excepcionales para facilitar y agilizar el proceso de autorización. Por ejemplo, la AEMPS determinó que, en materia de consentimiento informado, sin perjuicio de que debía obtenerse

preferiblemente por escrito, “puede obtenerse también de manera oral y preferiblemente ante un testigo, documentándolo en la historia clínica del paciente, y ratificándolo posteriormente mediante la firma del paciente y del investigador, en la medida de lo posible y haciendo un esfuerzo razonable para conseguirlo”.

*“Los proyectos relacionados con Covid-19 han sido considerados prioritarios para la Agencia Española de los Medicamentos y Productos Sanitarios”*

Asimismo, en caso de pacientes sin capacidad para consentir (o menores de edad), el consentimiento debe obtenerse de su representante legal, lo que en la práctica se ha tenido que realizar en diversas ocasiones llamando por teléfono a los familiares para explicarles la situación y recabar su autorización, remitiéndoles la hoja de información por correo electrónico o



por mensajería para que la devolvieran firmada. Este mecanismo se ha utilizado también para obtener el consentimiento para investigación de los propios pacientes con capacidad cuando estaban ya en su domicilio, con el fin de evitar su desplazamiento al hospital.

Por lo que se refiere a la investigación con muestras biológicas y datos de salud en el marco de la pandemia, el Co-

mité de Bioética de España emitió un informe apelando a la importancia de la solidaridad y prevalencia del interés colectivo como valores esenciales en esta materia y, al mismo tiempo, justificación para permitir excepcionalmente su uso secundario sin necesidad de un nuevo consentimiento expreso del paciente o, en el caso de las personas fallecidas, sin necesidad de recabar la autorización de sus representantes legales.

## Conclusiones y propuestas de futuro



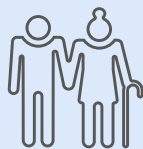
1. La pandemia de Covid-19 ha tensionado como nunca antes el sistema sanitario y sociosanitario español, aflorando controversias notables en el plano ético y jurídico.



2. Los profesionales sanitarios y sociosanitarios dedicados a la asistencia y cuidados de los pacientes han dado un ejemplo de ética cívica (de ética de la virtud) a la sociedad, por su entrega y compromiso durante la emergencia sanitaria.



3. La limitación de derechos de los ciudadanos y en particular de los pacientes en una situación como la vivida con Covid-19, resulta inevitable al primar el interés colectivo, la salud pública, por encima el interés individual, si bien no debe impedir apostar por medidas intermedias que no eliminen completamente los derechos fundamentales y deshumanicen la asistencia, especialmente cuando se enfrenta el final de la vida y el duelo.



4. A pesar de la escasez de recursos propia de una crisis sanitaria, excluir a pacientes por razón únicamente de una edad avanzada resulta discriminatorio y contrario a nuestra Constitución. El criterio de priorización debe guardar siempre relación con la situación clínica del paciente y sus expectativas objetivas de beneficiarse de los tratamientos y de supervivencia.



5. El tiempo de Covid-19 ha dado un impulso importante a la e-Salud, que debe aprovecharse a futuro en beneficio de los pacientes y de la eficiencia de los procesos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la flexibilidad de las garantías de confidencialidad, protección de datos, etc., propia de una situación de emergencia sanitaria, acabará una vez superada la crisis, haciendo necesario un rearme para permitir que la e-Salud se consolide y desarrolle en condiciones de seguridad jurídica. A este respecto, tanto los colegios profesionales como las sociedades científicas deben jugar un papel relevante a la hora de generar un nuevo marco deontológico y unos protocolos y guías de práctica asistencial, como antesala de la promulgación de una normativa específica.



6. La priorización de las investigaciones sobre Covid-19, y la importancia de la solidaridad en esta materia, ha dado lugar a la adopción de medidas excepcionales para asegurar la participación de los pacientes afectados, que tampoco pueden soslayar completamente su autonomía para decidir su participación.



## Referencias

Abellán F (coordinador): El paciente digital y la e-Salud. Informe del experto, nº. 18, Fundación Merck Salud, enero 2019.

[https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2019/02/Paciente\\_digital\\_DEF.pdf](https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2019/02/Paciente_digital_DEF.pdf) (accedido en junio 2020).

Abellán F (coordinador): Telemedicina: bases para la futura regulación de un mercado emergente. Informe del experto, nº. 5, Fundación Salud 2000, septiembre 2012.

[https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2017/05/5\\_Telemedicina\\_ampliación.pdf](https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2017/05/5_Telemedicina_ampliación.pdf) (accedido en junio de 2020).

Actuaciones de la AEMPS para agilizar y fomentar los ensayos clínicos y estudios observacionales sobre Covid-19, AEMPS, 4 de mayo de 2020.

[https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/2020/NI-MUH\\_11-2020-ensayos-clinicos-COVID-19.pdf?x58948](https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/2020/NI-MUH_11-2020-ensayos-clinicos-COVID-19.pdf?x58948) (accedido en junio de 2020).

Declaración del Comité de Bioética de España sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con Covid-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad, 15 de abril de 2020.

[http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE\\_Declaracion\\_sobre\\_acompanamiento\\_COVID19.pdf](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE_Declaracion_sobre_acompanamiento_COVID19.pdf) (accedido en junio 2020).

Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, julio 2011.

[https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf) (accedido en junio 2020).

Consideraciones deontológicas en relación con la información, consentimiento y consulta virtual durante la pandemia de Covid-19, Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, Barcelona, abril de 2020.

<https://www.comb.cat/Upload/Documents/8811.PDF> (accedido en junio 2020).





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. Comité de Bioética de España, 25 de marzo de 2020.

<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf> (accedido en junio 2020).

Informe del Comité de Bioética de España sobre los requisitos ético-legales en la investigación con datos de salud y muestras biológicas en el marco de la pandemia de Covid-19, 28 de abril de 2020.

<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20investigacion%20COVID-19.pdf> (accedido en junio 2020).

La Telemedicina en el acto médico. Consulta médica no presencial, e-consulta o consulta online. Comisión Central de Deontología. OMC, 10 de junio de 2020.

[https://www.comcantabria.es/wp-content/uploads/2020/06/INFORME-E-CONSULTA\\_CCD\\_10\\_06\\_2020.pdf](https://www.comcantabria.es/wp-content/uploads/2020/06/INFORME-E-CONSULTA_CCD_10_06_2020.pdf)

Gracia D, Lázaro J: La pandemia insostenible. Una deliberación. Documentos del Colegio Libre de Eméritos, n.º. 4. Colegio Libre de Eméritos, Fundación Deliberar, 20 de mayo de 2020.

<https://deliberar.es/la-pandemia-insostenible-es-la-humanidad/> (accedido en junio 2020).

¿La salud de quien estamos defendiendo? Desigualdades sociales y sanitarias en tiempo de pandemia. Grupo de trabajo de Ética y Covid (Euskadi), Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 6 de mayo de 2020.

<http://www.asociacionbioetica.com/blog/la-salud-de-quien-estamos-defendiendo-desigualdades-sociales-y-sanitarias-en-tiempo-de-pandemia> (accedido en junio de 2020).

Las farmacias cántabras dispensarán medicamentos hospitalarios. Europapress Cantabria, 24 de marzo de 2020.

<https://www.europapress.es/cantabria/noticia-farmacias-cantabras-dispensaran-medicamentos-hospitalarios-20200324094241.html> (accedido en junio de 2020).



Medicación hospitalaria: dispensación a domicilio durante la crisis del Covid-19. Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/medicacion-hospitalaria-dispensacion-domicilio-tesis-covid-19> (accedido en junio de 2020).

Medidas excepcionales aplicables a los ensayos clínicos para gestionar los problemas derivados de la emergencia por Covid-19, AEMPS, actualización de 5 de mayo de 2020. [https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/2020/NI-MUH\\_04-2020-ensayos-clinicos-COVID-19-actualizado-5-mayo.pdf?x58948](https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/2020/NI-MUH_04-2020-ensayos-clinicos-COVID-19-actualizado-5-mayo.pdf?x58948) (accedido en junio de 2020).

Orden SND/310/2020, de 31 de marzo, por la que se establecen como servicios esenciales determinados centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Quiénes y cuándo pueden acompañar a un enfermo con coronavirus en situaciones excepcionales. Portal "Cuídate Plus" (Pilar Laguna), Unidad Editorial Revistas, SL, 23 de abril 2020. <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2020/04/23/cuando-acompanar-enfermo-coronavirus-situaciones-excepcionales-173162.html> (accedido en junio de 2020).

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19.

Real Decreto-ley 9/2020, de 27 de marzo, por el que se adoptan medidas complementarias, en el ámbito laboral, para paliar los efectos derivados del Covid-19.

Recomendaciones éticas en la toma de decisiones con pacientes oncológicos durante la epidemia de Covid-19, Sección de Bioética de SEOM, 7 de abril de 2020. [https://seom.org/images/RECOMENDACIONES\\_ETICAS\\_SECCION\\_DE\\_BIOETICA\\_DE\\_SEOM\\_COVID\\_19.pdf](https://seom.org/images/RECOMENDACIONES_ETICAS_SECCION_DE_BIOETICA_DE_SEOM_COVID_19.pdf) (accedido en junio de 2020).



Recomendaciones para la seguridad y reducción de riesgos ante la infección por coronavirus (SARS-CoV-2) en las unidades de reproducción asistida, SEF-ASEBIR (actualización a 4 de mayo de 2020).

<https://www.sefertilidad.net/docs/noticias/recomendacionesSeguridad2.pdf> (accedido en junio de 2020).

Romeo Casabona, C (coordinador científico): Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2, Ministerio de Sanidad, 3 de abril de 2020.

[https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME\\_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf) (accedido en junio 2020).

Sánchez-Caro J, Abellán F: Medidas de salud pública. Covid-19. Vacunación. Registros obligatorios. Tratamientos coercitivos. Medidas excepcionales. Vih. Drogadicción. En: Manual de Bioderecho para no juristas, Ed. Dykinson, en prensa.

Sánchez-Caro J, Abellán F: Asistencia Sociosanitaria. En: Derecho y Envejecimiento (Carlos Romeo Casabona, coordinador), Escuela de Pensamiento, Fundación Mutualidad Abogacía, en prensa.

Sánchez-Caro J, Abellán F (coordinadores): e-Salud y cambio del modelo sanitario. Fundación Merck Salud, 2020.

<https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2020/02/e-salud-FINAL.pdf> (accedido en junio 2020).

Sánchez-Caro J, Abellán F (coordinadores): Retos en salud pública. Derechos y Deberes de los Ciudadanos. Fundación Salud 2000, Comares, 2011.

[https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2017/04/MONOGRAFIA\\_17.pdf](https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2017/04/MONOGRAFIA_17.pdf) (accedido en junio 2020).

Sánchez González M. A.: Hacer triaje es salvar más vidas, Diario Médico, 14 de abril de 2020.

<https://www.institutoeticaclinica.org/hacer-triaje-es-salvar-mas-vidas/> (accedido en junio 2020).

Sánchez González M. A.: Bioética en ciencias de la salud. Elsevier Masson, Barcelona, 2013.



Fundación Merck Salud, creada en 1991, es una institución privada sin ánimo de lucro, financiada por la compañía líder en ciencia y tecnología Merck, especializada en las áreas de Healthcare, Life Science y Performance Materials, que tiene como fin promover la Investigación Biomédica en todas las disciplinas que contribuyen a la mejora de la salud y fomentar el desarrollo de la Bioética.

[www.fundacionmercksalud.com](http://www.fundacionmercksalud.com)

 [www.fundacionmercksalud.blogspot.com](http://www.fundacionmercksalud.blogspot.com)  [@fundmercksalud](https://twitter.com/fundmercksalud)



**Fundación  
Merck  
Salud**