

Problemas éticos en situaciones de catástrofes

Por Dr. Juan Pablo Beca
Marzo de 2010

Recientemente Chile ha tenido un terremoto que, aunque su intensidad fue ligeramente menor al de 1960 en Valdivia, tuvo una magnitud mayor por su extensión y daño a la infraestructura.

Junto a esta realidad que ha conmovido al país entero, el año 2009 el mundo entero se enfrentó a un riesgo de pandemia que generó una reacción social de temor generalizado y obligó a asumir medidas de salud pública en todos los países. Son situaciones diferentes, pero ambas constituyen desastres o catástrofes de origen natural, aun cuando el daño de los desastres naturales se entrelaza frecuentemente con la intervención humana en la naturaleza y con las situaciones de desigualdad de la distribución de la riqueza.



Las catástrofes nos conmueven y despiertan reacciones diversas que exigen una mirada más allá de lo emocional y de la generosidad inicial. En esta presentación se analiza brevemente porqué preocuparnos desde la Bioética, cómo reaccionamos ante estas emergencias masivas y qué problemas éticos surgen.

“Si la Bioética es una ética de la vida no puede ser ajena a manifestar su dolor ante quienes tuvieron que sufrir terremotos y otras desgracias, para construir ahora esperanzas compartidas” ha escrito con mucha lucidez Lydia Feito Grande (1). Así como la Bioética Clínica asume la realidad concreta, la respuesta social y de los profesionales de la salud a desastres como los terremotos hace necesario enfrentarlos como situaciones que nos interpelan en la búsqueda de respuestas que se fundamenten en valores y principios, desde una ética de la responsabilidad. También la Bioética debe contribuir a la construcción de esperanzas desde la clarificación de los valores que se hacen presentes en las respuestas solidarias de personas, instituciones y países que concurren con su ayuda y apoyo.

Si miramos desde afuera, por lo que todos hemos podido observar directamente o a través de los medios de comunicación social, es fácil reconocer mucha generosidad y solidaridad pero y descontrol. Estas reacciones han ocurrido históricamente siempre en situaciones de catástrofes como invasiones, guerras, inundaciones o terremotos. Por eso algunos consideran que se trata de un caos moral propio del ser humano cuando se ve afectado por este tipo de situaciones de pérdidas materiales, de vidas y de esperanzas. Se ha afirmado también, empleando el lenguaje de los principios bioéticos que éstos se alteran, se confunden o se invierten perdiendo su importancia o aplicabilidad.

Como ya se ha dicho los llamados desastres pueden ser diversos: terremotos como los más recientes de Haití y de Chile, tsunamis, epidemias como la de gripe aviar en Asia y la amenaza de pandemia en 2009, inundaciones como Katrina y este año en Río de Janeiro, o las guerras que persisten en varios lugares del mundo. Todas estas lamentables situaciones tienen en común, miradas desde la Bioética, la necesidad urgente de priorizar principios. Lo primero que pensamos es que estas situaciones nos desafían obligándonos claramente a mirar el bien común por sobre el bien individual. Y esta es una mirada especialmente difícil frente al sufrimiento personal o de una persona a quien queremos o tenemos la obligación de ayudar.

Por eso la mirada de bien común resulta aún más complicada en la práctica para los profesionales y personal sanitario, acostumbrados a buscar el beneficio individual del enfermo, lo que frecuentemente denominamos “el mejor interés” del enfermo. Es el conflicto de principios de Justicia y de Beneficencia, los cuales han sido definidos por Diego Gracia como deberes perfecto e imperfecto respectivamente. En la teoría esto resulta claro y relativamente fácil de comprender, pero en la práctica no tomamos decisiones individuales fundamentadas primariamente en problemas de 3 recursos. Podría decirse que el clínico basa sus decisiones en Beneficencia, evitando dañar y respetando la autonomía del enfermo, y los gestores y autoridades son quienes más deciden en el marco de la justicia distributiva. Sin embargo en situaciones de desastres, las decisiones ante casos individuales necesitan subordinarse a las necesidades de bien común, priorizar la Justicia por sobre la Beneficencia, aún ante casos individuales.

Los principios bioéticos, importantes y de gran utilidad instrumental, no permiten considerar todos los aspectos éticos de las situaciones que analizamos. Es necesario al menos enumerar otros principios y valores en juego en las decisiones que se toman en las respuestas a los desastres. Ellos son:

- **Valores personales:** las virtudes y valores de cada persona y de cada profesional o trabajador sanitario, como honestidad, benevolencia, coraje y prudencia, constituyen evidentemente la base de sus respuestas.
- **Deber moral de tratar:** este deber, resaltado en diversas publicaciones como “duty to treat” nos obliga a tratar al herido o al enfermo postergando necesidades personales, hecho que se hace a veces dramáticamente real en situaciones de desastres (2).
- **Deber de respuesta de instituciones de salud:** las instituciones sanitarias tienen, esta vez de manera urgente, el deber social de responder de manera eficiente a las nuevas necesidades, en condiciones de graves daños en sus instalaciones, como se hizo evidente en muchas ciudades y pueblos de Chile en el reciente terremoto.
- **Deber de respuesta de instituciones académicas:** las instituciones académicas, y en particular sus facultades de medicina o ciencias de la salud tienen una responsabilidad social

que, al igual que las instituciones sanitarias deben asumir con urgencia y eficiencia, pero también con su propio espíritu creativo, docente y de investigación que genere respuestas y experiencias que se proyecten en el tiempo.

- **Postergación personal:** descrita por Pellegrino como una de las virtudes propias del profesional de la salud, aparece frecuentemente más como un ideal que como una obligación básica, esta vez ante la emergencia de daños y sufrimientos masivos, deberíamos considerar la postergación personal como parte de una ética de mininos, por lo tanto obligatoria y no heroica.

- **Compasión:** otra virtud propia del profesional de la salud lleva a una respuesta empática y generosa, pero no basta con estas valiosas condiciones afectivas o 4 emocionales, requiere ser además imparcial y equitativa, lo que se ha descrito como “compasión objetiva”.

- **Capacidad para decidir en urgencias:** se trata de una competencia que exige condiciones de serenidad, coraje y prudencia además de las condiciones y virtudes ya mencionadas.

- **Respeto sin discriminar:** en circunstancias de emergencias masivas es perentorio reconocer iguales derechos y respeto a todos por igual, sin perjuicio de establecer los criterios de selección necesarios a los que nos referiremos más adelante.

- **Solidaridad:** puede entenderse la solidaridad como altruismo y virtud que son indudablemente necesarios, pero también debe entenderse como parte integrante de la Justicia que es el principio bioético prioritario y rector que debería conducir todas las decisiones en situaciones de catástrofe.

Los valores y principios mencionados están en juego no sólo para las decisiones y actos de los profesionales de la salud sino para todos quienes actúan, lo cual incluye a voluntarios, autoridades locales, autoridades de gobierno y evidentemente a los damnificados por los desastres. En otras palabras, la responsabilidad de actuar de manera justa y solidaria, incluyendo todos estos valores, corresponde a todo ciudadano. De ello depende en gran medida la posibilidad de superar los daños, paliar el sufrimiento y reconstruir no sólo lo material sino los valores, la convivencia y la posibilidad de mejorar la estructura social.

La aplicación concreta de estos principios y valores alcanza su expresión mayor y a la vez puede ser la más difícil o dramática en los criterios de selección de personas a quien atender.

Ante la emergencia y limitación de camas, equipamiento y recursos humanos, es necesario “seleccionar en terreno” que es diferente a establecer criterios normativos. La clásica triage basada en el criterio first come – first served en situaciones de desastres no es aplicable pues el criterio en estas circunstancias es atender primero a los que tienen mayor posibilidad de sobrevivir, lo que se ha descrito como triage invertida. Son pues decisiones duras y complejas para las cuales pocas veces habrá criterios de anticipación o protocolos preestablecidos, aunque es deseable que existan (3,4). Al respecto cabe mencionar la experiencia de un “comité de ética de urgencia” que facilitó las decisiones de un hospital de emergencia (5).

Nuevamente es necesario aplicar criterios éticamente adecuados para estas decisiones, criterios que son necesariamente “utilitaristas”: los intereses y derechos individuales deberán estar subordinados al bien común, es necesario salvar el máximo número de vidas sin discriminar, es posible aplicar criterios de salvar el máximo posible de “años de vida” y posiblemente considerar el factor edad privilegiando 5 a los más jóvenes. Por otra parte algunos grupos, por su valor “instrumental” deberán ser atendidos antes, como es el caso de

personal de emergencias y los prestadores de salud necesario para atender este tipo de situaciones.

Otro aspecto importante a considerar es el agotamiento de los profesionales y personal de salud, así como también el de los voluntarios. Todos necesitan, para trabajar en estas condiciones, capacidades personales que incluyen la resiliencia, la cual dependerá en gran parte de la justicia de las decisiones que se tomen (6).

Entre las catástrofes o desastres se ha mencionado las epidemias o pandemias. En esas circunstancias los profesionales y trabajadores de la salud necesitan enfrentar la urgencia y mayor demanda de atención, asumiendo además el riesgo de ser contagiados y de contagiar a su familia. La respuesta por lo tanto exige extremar las medidas preventivas para disminuir el riesgo, pero la virtud de postergación personal se pone a prueba y, por razones de bien común, se hace también más exigible (7,8,9).

Finalmente, de lo analizado es posible concluir que los desastres, naturales y los desencadenados total o parcialmente por acción humana, nos enfrenta a muchos problemas éticos, el primero de los cuales es saber reconocer que están presentes en las situaciones producidas y en las repuestas sociales y personales. Por eso, tanto los profesionales como los voluntarios deben estar preparados para responder no solo en lo técnico sino también en lo ético, dimensiones que son inseparables. Lo anterior exige a todos los valores que se han mencionado y plantea el desafío de mantener en el tiempo la respuesta y apoyo a los afectados por las catástrofes. Pero no basta con prolongar los apoyos asistenciales, se hace necesario asumir las insuficiencias de infraestructura o de organización social que se hacen evidentes en estas situaciones, generando creativamente proyectos de mediano y largo plazo que conduzcan a sociedades más justas. De esta manera se ponen a prueba nuestros principios, nuestros valores y nuestra capacidad de respuesta en situaciones de desastre.

Referencias:

1. Feito Grande L. La responsabilidad de la bioética. Bioética Complutense 2010. Boletín N° 2.
2. American Medical Association Code of medical Ethics 2004; E-9-067. Disponible en <http://www.ama-assn.org/ama/no-index/advocacy/8152.shtml>
3. White D.B., Katz M.H., Luce J.M., Lo B. Who should receive Life Support During Health Emergency?. Using Ethical Principles to improve Allocation Decisions. Ann Int Med 2009; 15: 132-138
4. Good L. Ethical Decision making in Disaster Triage. Journal of Emergency Nursing 2008; 34: 112-115
5. The Israeli Field Hospital in Haiti — Ethical Dilemmas in Early Disaster Response. NEJM 2010; 362: e 38.
6. Fins J. When Endemic Disparities Catch the Pandemic Flu: Echoes of Kubler-Ross and Rawls. Hastings Center Bioethic Forum 2009 – April
7. Beca J.P. Una mirada ética a las epidemias. Academia 2010; 9: 24-27
8. Brody H., Avery E.N. Medicine's duty to treat Pandemic Illness: Solidarity and vulnerability. Hastings center report 2009; 39: 40-48
9. Selgelid MJ. Pandethics. Public Health 2009; 123(3):255-259