

**CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DE CASTILLA Y LEÓN
EN RELACIÓN CON LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS A SEGUIR
EN LAS RESIDENCIAS DE CARÁCTER SOCIAL (RRCS)
DURANTE LA PANDEMIA COVID-19
(ANTE UNA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE DESASTRE SANITARIO)**

(Versión segunda, 5 de abril de 2020)

Estamos en una situación de crisis en la que está comprometida no sólo la salud individual sino también la **salud pública**. Si además se presenta una **inadecuación entre las necesidades sanitarias y los recursos disponibles**, la situación puede ser de **desastre sanitario**.

Las personas que se encuentran en las RRCS pertenecen a grupos vulnerables, por razón de su edad, de su estado de salud o de su nivel de dependencia. Con frecuencia coexisten en una misma persona varios de esos factores. Constituyen, por tanto, colectivos especialmente vulnerables que, en condiciones normales, son especialmente protegidos por la sociedad.

Cuando los recursos disponibles escasean y son insuficientes para todos los enfermos que los necesitan, **resulta inevitable priorizar el acceso** a estos. Se trata de tomar medidas para conseguir el mayor beneficio posible, para el mayor número de personas, con los medios disponibles. El criterio es necesariamente teleológico, actuando en función de la máxima utilidad, priorizando a los enfermos que tengan mayores posibilidades de recuperación. Este criterio sólo puede usarse de modo “excepcional”, razón por la que no cabe convertirlo en “norma”.

Los criterios clínicos que, siguiendo el principio de **justicia distributiva**, se pueden utilizar **para priorizar** en estos casos los recursos, contemplan:

- 1) la **situación funcional previa del enfermo** y
- 2) su **comorbilidad y edad** (que podrán valorarse mediante el índice de Charlson)

Todos esos criterios están siempre presentes, en mayor o menor medida, en las personas que residen en las RRCS, de tal forma que, en una situación excepcional de desastre, debemos **priorizar el uso de medidas invasivas sobre los enfermos que tengan mayores posibilidades de supervivencia y recuperación**.

Por tratarse de una situación excepcional, cada decisión que se tome deberá justificarse y registrarse por escrito, pudiendo ser defendida públicamente, si fuera preciso. Siempre se deberá actuar con transparencia.

Es importante señalar que la edad cronológica, **la edad en años, no es nunca el único criterio para tener en cuenta**. Pero es verdad que, como se puede establecer por la esperanza de vida y situación funcional, en situaciones extremas y siempre **ante casos similares, se debe dar prioridad a los que tienen más posibilidades de supervivencia y más años de vida salvada**.

Todo lo anterior, que, en un principio, es aplicable a la hora de priorizar el tratamiento intensivo, se extiende a las demás prestaciones, incluyendo la atención hospitalaria, **en la medida en que la situación epidemiológica y la realidad clínica lo demanden.**

Se ha indicado seguir las “**Medidas generales para contener el impacto de la crisis del COVID-19 en las RRCS**” establecidas por la Consejerías de Sanidad (Gerencia Regional de Salud) y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (Gerencia de Servicios Sociales). Se trata de medidas que, entre otras cosas, hacen referencia al aislamiento, la detección, la protección, y la atención sanitaria.

Realizadas las consideraciones previas, esta Comisión entiende que:

1. Los equipos asistenciales correspondientes deben realizar la **valoración clínica y el tratamiento de los residentes enfermos por Covid-19**, en principio, en las propias RRCS, adoptando todas las medidas disponibles en la actualidad para el tratamiento de esta enfermedad en Atención Primaria. Únicamente estará justificado el traslado a los hospitales de aquellos enfermos que tengan posibilidades de recuperación, conforme a los criterios establecidos.
2. **Se deben garantizar las prestaciones sanitarias y de cuidados imprescindibles en todas las RRCS.**
3. **El tratamiento establecido en las RRCS se debe adecuar siempre a la evolución del enfermo y de acuerdo con las situaciones siguientes:**
 - 3.1. Cuando ello sea posible, se llevará a cabo un **tratamiento con intención curativa o de mantenimiento**, siguiendo las indicaciones y protocolos médicos establecidos, empleando los medios disponibles.
 - 3.2. Si lo anterior no fuera posible, al no disponer de medidas de soporte vital avanzado, se deberá **adecuar el esfuerzo terapéutico**, retirando las medidas que no beneficien al enfermo y facilitando los **cuidados paliativos** básicos y necesarios en orden a obtener el máximo control sintomático, lo que incluirá la sedación paliativa en los casos que esté indicada.
 - 3.3. **Siempre hay que prestar una atención integral** a cada persona, cubriendo sus necesidades de cuidados básicos, higiene y confort, así como sus necesidades emocionales, espirituales y de acompañamiento, en la medida de lo posible.
 - 3.4. Se tienen que cuidar **la comunicación y la información a los residentes y a sus familiares**, en todo lo posible y a pesar de las medidas de aislamiento que sean necesarias.

**Hay que dar siempre, hasta el final, una asistencia profesional,
integral, humana y compasiva.**