

## La ética en situaciones trágicas. XVI Ateneo de Bioética Madrid, 27 de octubre de 2015

**Carlos Pose**

Departamento de Filosofía. ITC. Santiago de Compostela

### **Las tragedias médicas: entre el naufragio de la técnica y la flotación de la ética**

Desde el año 1998, la Fundación de Ciencias de la Salud viene organizando con periodicidad anual los Ateneos de Bioética. Su objetivo es analizar en profundidad alguna de las cuestiones más actuales o relevantes en esta disciplina. El tema elegido para el Ateneo de 2015 fue el de los problemas éticos que plantea el ejercicio de la Medicina de Urgencia, de Emergencia y de Catástrofes. Los recientes brotes de Ébola en África y de Gripe aviar en Asia han disparado las alarmas y centrado la atención sobre la complejidad de las decisiones tomadas en situaciones críticas y excepcionales. Debido quizá a su excepcionalidad, en la bioética en general, y más en concreto en la bioética española, no se ha prestado suficiente atención a este tipo de problemas, por lo cual la bibliografía existente es muy escasa.

El Ateneo de este año, que pudo seguirse tanto de modo presencial como a distancia, duró toda la mañana y se estructuró en dos Mesas de debate seguidas de sendos espacios para el diálogo entre los participantes y los ponentes. En la Primera Mesa, moderada por el Prof. D. Diego Gracia, Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud, intervino, en primer lugar, el Dr. José María Navalpotro, Médico del SUMMA 112, con una ponencia titulada “Actitudes de los profesionales ante la parada cardiorrespiratoria. Implicaciones éticas”, y en segundo lugar, la Dra. María Isabel Casado, Médico de SAMUR - Protección Civil de la Sección de Investigación y Acreditaciones del Dpto. de Capacitación y Logística, en este caso con el título “Ética en la atención de emergencias en la vía pública”. En la Segunda Mesa, esta vez moderada por el Dr. Eduardo Andreu, Director del Instituto Anatómico Forense de Madrid, comenzó participando, primero, el Dr. Fernando Simón, Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con una ponencia sobre “La medicina de catástrofes”, y después el propio Presidente de la Fundación organizadora del Ateneo, D. Diego Gracia, con la ponencia que dio título al Ateneo, “La ética en las situaciones trágicas”.

El reparto de ponencias en dos mesas tuvo como objetivo analizar las características propias de las situaciones de urgencia y emergencia, por un lado, y de las catástrofes,

por el otro, a fin de identificar sus problemas éticos principales y analizar las soluciones más razonables. Sin embargo, por lo escuchado en cada ponencia, esta estructura temporal no fue óbice para que quedara dibujada, implícitamente y a la vez, otra estructura lógica. Podría decirse que mientras las ponencias de la Dra. Casado, el Dr. Navalpotro y el Dr. Simón se centraron preferentemente en la experiencia de casos reales o en aspectos técnicos más generales, es decir, en los hechos clínicos y sociales de las situaciones de urgencia, emergencia y catástrofes, la intervención del Prof. Gracia giró exclusivamente en torno a la perspectiva valorativa y ética en las situaciones trágicas, a diferencia de lo que ocurre en las situaciones normales. Esto exigió del Prof. Gracia un esfuerzo de síntesis sobre el fundamento de la toma de decisiones en las circunstancias descritas por los anteriores ponentes, sin duda, excepcionales. Este orden temporal, y sobre todo metodológico, permitió entender, además, lo que a mi modo de ver constituyó la misión del Ateneo: cuando la técnica naufraga –y ello acontece muy a menudo en las situaciones trágicas– el ser humano tiene que replegarse en sí mismo, reflexionar y ver de qué manera puede salir a flote. Es muy aleccionador saber que este papel está reservado a lo que desde el origen de la humanidad se identifica con la experiencia moral y ha pasado a la cultura occidental con el nombre de ética, o ya en nuestros días, con el de bioética. Hay un dato que no puede dejar de sorprendernos. Los primeros tres ponentes eran especialistas de sus respectivas áreas de actividad y trataron con solvencia las características propias y específicas de su trabajo, así como los problemas éticos con los que se encuentran en el ejercicio de sus respectivas tareas profesionales. Sin embargo, sintieron la necesidad de expresar, con modestia y sinceridad, que ellos no eran especialistas en ética. ¿Qué han querido decir? No parece que estuvieran afirmando que en su trabajo no sabían, no querían o no hacían todo lo posible por tomar las mejores decisiones. Me inclino a pensar que detrás de la encomiable confesión de una cierta ignorancia socrática se escondía una gran sabiduría: el reconocimiento de la imperiosa necesidad de la formación ética en el ámbito sociosanitario. Este es el *leitmotiv* de los Ateneos. Es preciso normalizar la ética en la toma de decisiones clínicas, que nunca es puramente técnica. Hoy lo vamos teniendo bastante claro una vez hemos advertido los errores a los que nos ha conducido el positivismo. No sólo no hemos podido doblegar la naturaleza, sino que los productos culturales de la humanidad nos siguen planteando no menos problemas. No sólo resolvemos mal catástrofes naturales, sino que nos vemos desbordados por acontecimientos culturales como los del Ébola, o la pobreza, como recordó el tercero de los ponentes, el Dr. Simón. Porque la salud o la pobreza no son problemas de puros hechos o de meros recursos naturales, como lamentablemente siguen pensando todavía muchos profesionales de la salud o del ámbito de la gestión, sino de posibilidades de vida, es decir, de ética.

### Urgencias, emergencias y catástrofes

La Primera Mesa, moderada por el profesor Gracia, trató de los aspectos empíricos y técnicos de las situaciones de urgencia y emergencia. En concreto, el Dr. José María Navalpotro abordó los protocolos de actuación ante la parada cardiorrespiratoria. Para el desarrollo de su ponencia mencionó como criterio las recomendaciones de la Guía 2010 del Consejo Europeo de Resucitación<sup>1</sup> (ERC), que como es conocido, incluye los siguientes temas relacionados con la ética y las decisiones sobre el final de la vida: (1)

<sup>1</sup> En español quizá debería decirse “reanimación”.

Los principios fundamentales de la ética. (2) La parada cardiaca repentina en una perspectiva mundial. (3) Resultados y pronósticos. (4) Cuándo comenzar y cuándo detener los intentos de resucitación. (5) Las instrucciones previas y las órdenes de no iniciar la resucitación. (6) La presencia de familiares durante la resucitación. (7) La obtención de órganos. (8) La investigación en resucitación y consentimiento informado. (9) La investigación y formación sobre el fallecido. Sin embargo, como ya está publicada la Guía 2015 de ERC, el Dr. Navalpotro siguió esta última, que no sólo nos pone al día sobre la ética de la reanimación y las decisiones al final de la vida, sino que trata cada uno de los apartados anteriores mucho más ampliamente.

El Dr. Navalpotro fue tratando cada uno de los puntos tal como establece la mencionada Guía 2015, comenzando por *el principio de autonomía*, que se refiere a la obligación del médico de respetar las preferencias del paciente y tomar decisiones de acuerdo con los valores y creencias del mismo. Se precisa, no obstante, que “la aplicación de este principio durante la parada cardiaca, donde el paciente a menudo es incapaz de comunicar sus preferencias, es difícil.” En este sentido puede ser conveniente tener en cuenta otro criterio, como es el de *las voluntades anticipadas*, esto es, el de las decisiones sobre el tratamiento tomadas previamente por un individuo para el caso de que sea incapaz de participar directamente en la toma de decisiones médicas en algún momento del futuro. Lo que se recomienda a este respecto es que se hagan “revisiones periódicas de las voluntades para asegurar que se reflejan con exactitud los deseos y circunstancias actuales del paciente”. Cuando estos dos criterios no son suficientes u operativos, existen otros dos criterios de actuación que figuran dentro de las recomendaciones: *el principio de beneficencia* y *el principio de no maleficencia*. La beneficencia alberga pocas dudas, pues implica que las intervenciones deben beneficiar al paciente, tras la valoración del riesgo relevante y del beneficio. En todo caso, “existen recomendaciones clínicas basadas en la evidencia para ayudar a los profesionales sanitarios a decidir qué estrategias de tratamiento son las más apropiadas”. Más complejo es la gestión del principio de no maleficencia. Aunque la reanimación cardiopulmonar (RCP) se ha convertido en la norma para la mayoría de los pacientes con enfermedades agudas en amenaza vital, sin embargo es un procedimiento invasivo con una baja probabilidad de éxito. Por eso el Dr. Navalpotro afirmó que la reanimación inútil podría considerarse distanasia, que definió como la prolongación de la vida sin perspectiva de cura. Esto significa que “la RCP no debería ser realizada en casos fútiles”, lo cual exige un buen diagnóstico y pronóstico de cada caso. (Lo que en las recomendaciones se dice es que “es difícil definir la futilidad de un modo que sea preciso, prospectivo y aplicable a la mayoría de los casos”). En otro orden de criterios se encuentra *el principio de justicia*, que se refiere a que los recursos sanitarios sean distribuidos equitativamente, independientemente del estatus social del paciente, en ausencia de discriminación, respetando el derecho de todo individuo a recibir el estándar de cuidados vigente. La aplicación de este criterio puede estar en desacuerdo con los resultados de algunos estudios que, según el Dr. Navalpotro, ponen de manifiesto que las clases sociales más bajas tienen menos probabilidades de salir con vida de una parada cardiorrespiratoria. Por otro lado, puede chocar con el fenómeno de las catástrofes, donde los criterios de actuación tienen más en cuenta las indicaciones clínicas que los aspectos sociales de la distribución de recursos. Una catástrofe es, precisamente, una situación en la que la exigencia de atención supera los recursos disponibles, por lo que el acceso a los mismos se establece con un diferente orden de prioridades.

El Dr. Navalpotro, basándose en parte en los resultados de una encuesta que después dio a conocer, enumeró los principales problemas éticos ante la PCR extrahospitalaria. En este contexto, la prestación de ayuda se reparte entre personal no sanitario y personal sanitario. El personal, tanto sanitario como no sanitario (personal de ambulancias, bomberos, policía, etc.), cuando se encuentra ante un caso de parada cardiorrespiratoria, tiene la obligación de iniciar la RCP, aunque puede no hacerlo o pararla una vez iniciada si hay razones para ello. El Dr. Navalpotro, siguiendo la Guía 2015 de RCP, citó como razones del no inicio o del abandono de la RCP la falta de seguridad del reanimador, el daño mortal obvio o la muerte irreversible del paciente, la existencia de un documento de voluntades anticipadas, la existencia de pruebas sólidas de que la RCP iría en contra de los valores y preferencias de los pacientes, etc. Más difícil puede ser tomar una decisión ante un conjunto de problemas que tienen que ver con el transporte al hospital con la RCP en curso, la elección de un hospital adecuado para la donación de órganos, la reanimación después de un intento de suicidio, el consentimiento informado en el caso de una investigación, la práctica de los procedimientos de RCP en los recién fallecidos para la formación de nuevos profesionales, los registros de PCR, fundamentales para añadir conocimiento, etc.

Sobre la encuesta, hecha a mil personas, de las cuales el 60% eran extrahospitalarias y el resto hospitalarias, el Dr. Navalpotro comentó que se habían hecho tres tipos de preguntas: a) ¿Qué criterios crees que usarías para no iniciar maniobras de RCP avanzadas? b) ¿Realizarías maniobras de RCP aunque estas no estén indicadas? c) ¿Qué motivos crees que harían que realizaras maniobras de RCP aun sin estar indicadas según tus criterios? De los resultados de la encuesta extrajo algunas conclusiones importantes. La primera, que aunque los criterios para llevar a cabo una RCP son parecidos dentro y fuera del hospital, es en el ámbito extrahospitalario donde se hacen más excepciones a la hora de seguirlos, fundamentalmente a cargo del personal de enfermería. La segunda, que la presión ambiental y el hecho de que la víctima sea un niño, una persona joven o una embarazada, son los motivos que más influirían en que se hiciera una RCP aun sin estar indicada. Finalmente, que la aplicación de la RCP con fines docentes, o el entrenamiento del equipo, sería aceptada en pocos casos.

La segunda ponencia estuvo a cargo de la Dra. María Isabel Casado, que se centró, no ya en una patología concreta como el Dr. Navalpotro, sino en la experiencia general del equipo de emergencias en la atención en la vía pública. Comenzó poniendo en primer plano los condicionantes del escenario en el que se desempeña la labor de emergencia. Estos tienen que ver con la seguridad (lo primero siempre es garantizar la seguridad tanto del equipo como del resto de individuos), la información (tienen que desarrollar la capacidad de diagnosticar una situación a partir de información meramente visual, pues carecen de modo inmediato de cualquier otra fuente de información), la coordinación del personal (la acumulación de equipos de otras áreas en un mismo lugar, añadido a la llegada de familiares de los afectados, etc, conlleva una gran labor de organización), la valoración de los afectados (afectados de primer orden y afectados menos graves, lo cual exige la integración de actos diagnósticos y terapéuticos en un tiempo siempre escaso).

De cara a ponernos en situación, la Dra. Casado describió el proceso de asistencia de un equipo de emergencias a un paciente traumatizado grave. El desencadenante suele ser una llamada de emergencia al 112, y una vez que el equipo llega al lugar del

siniestro, entra en contacto con los testigos, que son los que primero y espontáneamente se disponen a colaborar, etc. A continuación procede a asistir médicamente a los afectados, con el objeto, además, de acudir con urgencia, dado el caso, al centro o institución sanitaria que garantice la mayor calidad en la patología requerida. La máxima eficacia aquí es fruto de la combinación entre una óptima gestión del tiempo y una idónea calidad asistencial. De ahí que en el proceso de asistencia al paciente traumatizado el tiempo entre la lesión y su control quirúrgico sea fundamental. El imperativo que tienen grabado a fuego es “no tardar más de lo preciso ni menos de lo necesario”.

Hay otras situaciones, sin embargo, en las que el tiempo no es el factor más determinante. Es el caso de las asistencias a pacientes psiquiátricos, o en situación de intento o peligro de suicidio, o en situaciones de maltrato sin lesiones graves, o como consecuencia de la cobertura de eventos de riesgo, etc. En estos casos son otros aspectos, como la comunicación, los que constituyen un condicionante que es preciso manejar con mucha pericia.

Uno de los problemas habituales en situación de emergencia, ha explicado la Dra. Casado, es el conflicto entre seguridad personal (o el riesgo al que el profesional se somete) y la obligación de prestar asistencia de modo urgente. El primer valor, la seguridad, es indispensable garantizarlo, pues mal se podría prestar ayuda si con ello se pone en riesgo la propia vida. Ahora bien, hay situaciones de tal riesgo que la propia ayuda puede ser en sí misma una temeridad.

En otras ocasiones los valores que hay que proteger no son la seguridad ni la vida, sino la intimidad del afectado, la confidencialidad de la información que transmite, etc. Se trata de valores tan fácilmente vulnerables en una situación de emergencia, ha dicho la Dra. Casado, que en estos casos la asistencia se tiene que centrar completamente en el paciente, proporcionándole un lugar reservado, ajeno a la curiosidad del viandante. Es, en cualquier caso, un escenario típico de las actuaciones extrahospitalarias, que tiene además la complejidad añadida de que no resulta fácil mantener el secreto profesional, debido al necesario intercambio de información con los distintos equipos asistenciales, con los familiares, etc. Por si esto fuera poco, hay excepciones al secreto profesional. La Dra. Casado se refirió a las excepciones que marca la ley, y especialmente a las situaciones de maltrato, sobre todo a niños, ancianos y discapacitados psíquicos, o los actos de agresión sexual, un tema hacia el que la sociedad ha ido adquiriendo cada vez más sensibilidad. Y, finalmente, otro aspecto relacionado con todo esto es el de la información que hay que proporcionar al afectado. Como en una situación normal, la información siempre hay que darla directamente al paciente, salvo que no quiera ser informado. El consentimiento, en cambio, no puede ser más que verbal, pero con una explicación clara y comprensible de los cursos terapéuticos y sus consecuencias. Si se trata de pacientes menores o incapaces, el respeto del derecho a decidir sobre el tratamiento queda supeditado a lo que afirme el representante o se considere indicación médica, es decir, al mayor beneficio del paciente (la valoración de la capacidad, de si se trata de un menor maduro, etc., resulta aquí imposible, ha dicho la Dra. Casado).

Existe otro grupo de situaciones de emergencia, ha añadido la Dra Casado, que tienen que ver con la priorización de pacientes y, por lo tanto, con lo que en términos más técnicos se suele llamar *triaje*. El *triaje* es un método de selección de pacientes en

situaciones catastróficas que tiene como objetivo optimizar y temporalizar recursos cuando estos no están disponibles en suficiente proporción, o en relación a su demanda. Por eso en estos casos la primera función del equipo de emergencia no es actuar sino valorar correctamente el escenario en términos de gravedad, necesidad y recursos disponibles. De ello dependerá, precisamente, que una situación se estime o no catastrófica. Si ese fuera el caso, ha dicho la Dra. Casado, en la distribución de recursos, o mejor, en los criterios de selección de pacientes, el que debe ocupar el primer puesto es el de las necesidades biopatológicas (gravedad de las lesiones, necesidades de tratamiento e inmediatez de éste y posibilidad de supervivencia con calidad o buen pronóstico). Es preciso, además, hacer reevaluaciones continuas. Por lo tanto, son un tipo de situaciones excepcionales que modifican los protocolos habituales de actuación. Aquí vale la afirmación de que no todo lo que se puede hacer se debe hacer, o como más concretamente expresó la Dra. Casado., “no todo lo que se puede hacer *in situ* (imperativo técnico), se debe hacer *in situ* (imperativo ético)”.

La Dra. Casado terminó su intervención con la alusión fugaz a algunos problemas quizá más extremos pero no infrecuentes, como los de aquellas situaciones en las que la asistencia médica puede confundirse con el llamado encarnizamiento terapéutico, o los de aquellas otras, quizá de mayor impacto emocional, en las que el objetivo ya no es el de ayudar a vivir, sino el de ayudar a morir (sedación terminal), etc.

Tras un pequeño receso, se inició la segunda mesa, moderada por el Dr. Eduardo Andreu. En ella intervino, en primer lugar, el Dr. Fernando Simón, que trató el problema de las catástrofes desde su experiencia en numerosos países. Su idea es que las catástrofes, sobre todo en los países en desarrollo, son un problema social y medioambiental antes que de salud, o de más conflictos éticos que clínicos, aunque no formuló esta tesis de modo tan explícito. Lo que sí hizo es animar a que se celebren debates como los del Ateneo con el objeto de sacar a luz qué se está haciendo mal en las respuestas a las catástrofes y por qué no se aprende de los errores. Si bien es cierto, como también ha subrayado la primera mesa, que una catástrofe siempre es el desbordamiento de las necesidades respecto de los recursos disponibles, hay estrategias más eficaces que otras para reducir el impacto en cuanto al número de víctimas o afectados. El Dr. Simón afirmó que los fallos en la gestión inmediata de las catástrofes tienen consecuencias muy graves en los días posteriores. Y recordó el millón de refugiados de Ruanda en 1993-1994, o los miles de muertos a raíz de la epidemia de cólera en Zaire y en Haití, o de la epidemia de ébola en Guinea, Liberia, Sierra Leona, etc. en 1914-15. Por eso se propuso enumerar los puntos críticos en las situaciones de catástrofe, el primero de los cuales suele ser la falta de respuesta inmediata. Muchas veces es la población de la zona la que trabaja en el escenario de la catástrofe hasta que llegan los equipos de expertos, y esto es lo que produce muchos problemas epidemiológicos. En el plazo de dos o tres días, o como máximo una semana, afirmó, puede aparecer el cólera. Otros errores tienen que ver con la deficiente coordinación de todos los equipos y colaboradores, con la falta de identificación de los puntos críticos no cubiertos o secundarios, con la pérdida de los potenciales o capacidades de la población de la zona, con el débil establecimiento del nexo entre ayuda humanitaria y desarrollo, etc.

Si esto es así, no cabe más que establecer un protocolo de actuación que evite la recaída en los errores anteriormente señalados. En este sentido el Dr. Simón señaló las 10 prioridades sanitarias que se deben tener en cuenta ante una situación

catastrófica (*10 Top Priorities in Emergency Phase*), respetando el siguiente orden: 1) Evaluación inicial. 2) *Health Care in Emergency Phase* 3) Agua y saneamiento. (Tener gente hacinada es uno de los factores determinantes en el brote de una epidemia). 4) Alimentación. 5) Abrigo y alojamiento. 6) Inmunización. (Ahora sería el momento de comenzar a considerar los aspectos de salud. Los susceptibles, por ejemplo, tienen que estar juntos y cerca). 7) Control de enfermedades epidémicas. (Hay que evitar vectores como los mosquitos, etc.). 8) Vigilancia de riesgos sanitarios. 9) Formación de recursos. 10) Coordinación. Esta última, la coordinación, fue considerada por el Dr. Simón como una de las prioridades más gravemente infringidas. Después de cada catástrofe, afirmó, sacamos una lección: “tenemos que aprender a coordinarnos”. Sin embargo, añadió, “seguimos sin aprenderlo”. Y esto es un problema moral tan grave como el no hacer nada. La coordinación incluye, según expuso: a) acciones oportunas y eficientes; b) entre los múltiples actores y sectores; c) un liderazgo global y fuerte; c) un comité de coordinación multisectorial; d) buenos sistemas de comunicación; e) la estandarización de procesos.

Finalmente el Dr. Simón afirmó que la pobreza extrema también es una gran catástrofe, igual que la de los refugiados. En cuanto a la pobreza afirmó que se ha reducido considerablemente en los últimos 200 años. En el año 1800 el volumen de pobreza extrema era del 85-90%, mientras que en el año 2011 se estima que no supera el 14%. Estos datos cobran mayor significado si añadimos que la población mundial en 1800 era de 1.000 millones de personas; en cambio, en el año 2011 llegamos a los 7.000 millones. El problema es que la distribución no es al azar, sino que está concentrada en ciertos países de África, Asia, etc. Los países con bajos índices sanitarios corresponden precisamente a los países africanos. En relación al fenómeno de los refugiados comentó que aunque es difícil encontrar una única solución que resuelva todo los problemas, desde Europa no estamos haciendo lo que deberíamos. Y añadió que es preciso combinar profesionalidad con voluntariedad. Sin voluntariedad no avanzamos.

### **Ordenando valores: situaciones ordinarias y situaciones extraordinarias**

La última ponencia del Ateneo estuvo a cargo del Prof. D. Diego Gracia, que trató de la ética en las situaciones trágicas o excepcionales y de los distintos criterios de actuación en estos casos. Teniendo como telón de fondo los hechos descritos por los anteriores ponentes, pues la ética tiene que comenzar por conocer los hechos y las experiencias de los profesionales, analizó y respondió a tres preguntas fundamentales: qué se entiende por ética, cuál es el criterio de la toma de decisiones en las situaciones normales, y cómo justificar las excepciones al criterio de toma de decisiones normales en las situaciones catastróficas o trágicas.

El Prof. Gracia partió de una definición básica de ética: la reflexión sobre la *obligación* de realizar *valores* de un modo *prudente* o responsable. Se trata, en primer lugar, de una reflexión sobre una obligación práctica. La ética no se ocupa de cuestiones meramente especulativas. En esto se parece a la clínica. Es necesario pensar, reflexionar, pero siempre con un fin práctico: tomar decisiones. La ética surge precisamente como reflexión sobre lo que el ser humano debe hacer o debe evitar en cada situación concreta. En segundo lugar, la reflexión ética recae sobre valores, no

sobre hechos. Mientras las ciencias, sobre todo las ciencias naturales, se ocupan de hechos, la ética se ocupa de los valores soportados por unos ciertos hechos. Y se ocupa de ellos de un modo muy concreto: realizándolos. La primera obligación moral es la de realizar valores. La ética tiene por objeto enseñar a realizar valores en circunstancias concretas. Quizá pueda parecer muy pretencioso el término "enseñanza" aquí. Pero si la ética es un saber, ha de poseer como una de sus características la posibilidad de ser enseñada. Eso la dota de una cierta universalidad u objetividad. Lo que la ética enseña es a realizar valores, o lo que es lo mismo, a objetivarlos. Los valores no tienen la objetividad de los hechos y por lo tanto no funcionan con la misma lógica. La ética, ya lo decía Aristóteles, no es una ciencia exacta. Pero los valores tienen una cierta objetividad y, consecuentemente, poseen una lógica que es preciso conocer. Comienzan siendo procesos subjetivos de valoración de los hechos. Se trata de un fenómeno biológico. Todos valoramos positiva o negativamente las cosas que vemos, oímos, tocamos, o incluso pensamos. Y tras este proceso de valoración, que no es completamente libre sino condicionado social e históricamente, nos proponemos objetivarlo. ¿Cómo? El Prof. Gracia puso un ejemplo. La impresión causada por el trabajo del herrero le sirvió a Velázquez para pintar el cuadro de la Fragua de Vulcano. Más concretamente, Velázquez, primero tuvo que ver una fragua, luego estimar subjetivamente la belleza del fuego, y finalmente dar objetividad a su estimación pintando un cuadro. Lo mismo podría decirse del profesional de la salud. Primero ve a un paciente malherido, luego estima si necesita ayuda y qué ayuda necesita, y finalmente se dispone a objetivar lo que considera su estimación haciendo lo apropiado para dar vida o salud al afectado. La belleza es un valor, igual que la vida y la salud. Y lo que los seres humanos hacemos es realizarlos tras un proceso de valoración subjetivo. Si esos valores ya estuvieran realizados, si hubiéramos logrado la salud perfecta, o la justicia total, no tendríamos que hacerlo nosotros. Pero sucede lo contrario. Porque la belleza no está completamente expresada, ni el paciente curado, sentimos la obligación de emprender esas acciones. La ética nos enseña a hacerlo. Y nos lo enseña en varios sentidos que ahora podemos resumir. Ante todo nos enseña a identificar las cosas que importan, las cosas valiosas. No partimos de cero. En el mundo hay belleza y fealdad, justicia e injusticia, verdad y error. La ética nos enseña a valorar en su justa medida cada una de esas cosas que nos importan. Porque aunque la valoración comienza por ser un proceso subjetivo, responde a una cierta lógica vital. Pero la ética nos enseña a algo más, sobre todo a algo más decisivo: a objetivar valores, a tomar las mejores decisiones con el fin de realizar los valores que hemos identificado como importantes. Como estos valores podrían ser muchos o varios en cada situación concreta, y por lo tanto podrían entrar en conflicto, la ética se ocupa, en tercer lugar, del modo de tomar decisiones *prudentes* o *responsables*. Esto es probablemente lo más difícil. El Prof. Gracia subrayó la dificultad humana de tomar decisiones prudentes. La tendencia natural es a tomar decisiones extremas. Las decisiones prudentes no son naturales sino morales: exigen madurez psicológica, temple de ánimo y reflexión o deliberación. La deliberación puede y tiene que ser individual, pero cuando los conflictos son grandes, entonces la deliberación tiene que ser colectiva.

Quizá muchos de los que escucharon por primera vez esta explicación de la ética pudieron pensar que ellos no eran ese tipo de persona descrito más arriba; que ni sabían ni querían pintar, ni pasaba por su mente la realización u objetivación de valores a la hora de tomar una decisión clínica. Por otro lado, es evidente que hay muchas clases de ética, muchas teorías éticas, y no tuvo por qué parecerles evidente



que fuera necesario compartir la concepción ética aquí expuesta. Pudo ser. Lo que ocurre es que el Prof. Gracia no habló directamente de eso. No habló de las distintas teorías del deber, sino de la obligación práctica, de la obligación elemental que todos tenemos de realizar valores. Basta con que reparemos en que todos valoramos, en que las cosas se nos presentan como bellas o feas, como justas o injustas, como sanas o insanas, para que nos veamos partícipes del fenómeno de la valoración. Simplemente aceptando lo bello estamos contribuyendo a la objetivación de este valor, igual que rechazándolo contribuimos a lo contrario. La idea de que nosotros, personalmente, no objetivamos ningún valor es errónea. Todo acto humano objetiva valores. No podemos no hacerlo. Pintando un cuadro puede que no logremos objetivar necesariamente belleza. La belleza, ya decía Platón, es cosa difícil, y puede que lo que objetivemos sea la fealdad. Lo mismo sucede si vemos a un herido. Puede que no podamos ayudarle, como sucede tantas veces, y entonces no logremos objetivar la salud o la vida; o puede que simplemente lo ignoremos porque llevamos prisa, y entonces objetivemos valores negativos, como la insolidaridad o el desagrado. Pero todo acto humano objetiva valores, sean positivos o negativos. Esta es la gravedad del asunto y lo que determina la imperiosa necesidad de la ética. La ética no es una opción. No es que a nosotros no nos guste esta ética; es que es ella la que se nos impone a nosotros: la ética de los valores, la ética de la realización de los valores, la ética como reflexión sobre la obligación de realizar valores de modo prudente y responsable. Como esta obligación no nos la podemos sacar de encima, esto explica que nos encontremos con sociedades que objetivan lo que importa universalmente y sociedades que objetivan intereses privados. Dicho de otro modo, hay culturas más o menos religiosas, culturas más o menos estéticas, culturas más o menos justas, y también culturas más o menos corruptas. Sociedad corrupta significa aquí que los individuos que la constituyen, primero, identifican erróneamente lo valioso, y segundo, lo objetivan de modo poco prudente y poco responsable, es decir, en interés propio. Con el gravamen de que eso que ellos están objetivando serán los valores que entregarán como herencia a sus hijos o descendientes. Como el conjunto de valores objetivados es lo que se llama cultura, lo que todos nosotros recibimos cuando nacemos es un tipo de cultura. Buena parte de la cultura que hoy tenemos corresponde a lo que hemos recibido; y la de nuestros hijos será la de aquellos valores que nosotros objetivemos. Esta cadena no representa, no obstante, lo que el mito de Sísifo. Antes bien, posee la lógica que ya conocemos: con nuestros actos podemos modificar penosamente los procesos de valoración que hemos heredado. Pero entonces posee también una ética, que es la reflexión sobre cuáles han de ser nuestros deberes en adelante, es decir, cuáles han de ser las mejores decisiones en cada situación concreta, tanto para nosotros como para el legado de las futuras generaciones.

Aclarado esto, el Prof. Gracia ya se vio en condiciones de decir cuál es nuestra obligación, o nuestro deber, en las situaciones anormales, pero no antes de precisar el criterio moral de toma de decisiones en situaciones normales o habituales. Sólo después cabe justificar las excepciones. Nuestra obligación moral en las situaciones normales es la de realizar o promover la realización de valores positivos y evitar los negativos. Más aún, nuestra primera obligación moral es la de realizar o promover la realización de *todos los valores* en juego o en conflicto. A veces se tiende a pensar que nuestra obligación es realizar un valor en detrimento de los otros. Esto no es así. Nuestra obligación, en una situación normal, no es promover la realización de un valor,

sino no lesionar ningún valor. Es el criterio que debería utilizar cualquier profesional en el desempeño normal de su actividad.

Ahora bien, al lado de situaciones normales, hay otras que no lo son. Las llamamos, por eso, situaciones anormales o críticas. Estas se dan en cualquier ámbito de la vida, pero se dan muy frecuentemente en el ámbito de la atención sanitaria. En estas situaciones críticas ya no funciona el criterio de las situaciones normales; ya no es posible realizar todos los valores. Por eso el criterio que debe utilizarse ya no es el mismo que el de las situaciones normales. Con la dificultad de que las situaciones críticas son varias o tienen grados. Esos grados van de la urgencia o emergencia a la catástrofe o tragedia. Cuando alguien está en parada cardiorrespiratoria, como se pudo oír del Dr. Navalpotro en su ponencia, el profesional se lanza a por la realización del valor vida, aunque ello implique indirectamente lesionar otro valor, la autonomía. Por lo tanto, la obligación aquí no es la de intentar realizar todos los valores, afirmó el Prof. Gracia, sino *salvar el valor más amenazado*, que suele ser la vida. Ya la Dra. Casado habló de la tremenda dificultad de informar en situaciones de emergencia. Cuando se trata de salvar la vida de una persona de modo urgente, en ese momento lo que rige es el criterio de beneficencia, salvo que exista un modo indirecto e inmediato de obtener información (voluntades anticipadas, representantes, familiares, etc.). El Prof. Gracia subrayó que como es obvio, la falta de tiempo es aquí lo que determina que en situaciones de urgencia haya que proteger el valor más amenazado. Este sería el criterio y su justificación. Ya no se trataría, pues, de salvar todos los valores, sino los más amenazados. Esta es la ética en situación de emergencia. Si el valor más amenazado es la vida, lo primero es reanimar y luego informar. Este criterio, ciertamente, no puede estar asociado más que a una situación de urgencia, que el Prof. Gracia definió como la falta de tiempo para promover la realización de todos los valores. Pero habría que distinguir la situación de urgencia de la actuación en servicios de urgencia. El criterio formulado es válido en situación de urgencia, no en cualquier actuación llevada a cabo en un servicio de urgencia, porque en estos hay muchos casos en que sí hay tiempo, y por tanto no puede aplicarse el criterio de situación de urgencia. La confusión entre estos dos usos del término urgencia permite entender que resulte difícil definir qué es una urgencia médica. No suele encontrarse en los documentos que deberían definirla. En la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la urgencia aparece en el artículo 10 como excepción “a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención” en los siguientes términos: “c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento”. Esta formulación, afirmó el Prof. Gracia, se presta a dos interpretaciones: a) Urgencia que no permite demora; por tanto, situación de urgencia; y b) considerar urgencia todo aquello que pueda producir lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento, en cuyo caso se consideran urgentes muchas cosas que no cumplen con los criterios de la situación de urgencia. La definición a la que él se refirió se ajusta a la primera interpretación. Por otra parte, añadió, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ha desaparecido como tal la excepción de urgencia.

En estas situaciones que no cabe llamar más que extraordinarias, la crisis puede subir de grado y situarnos en la antesala de la tragedia. Según Max Scheler, siempre que se pierden valores que no hemos podido evitar, generalmente la vida pero también otros

valores, como los que describió el Dr. Simón en su ponencia, estamos ante una tragedia. Y si eso es una tragedia, afirmó el Prof. Gracia, la situación trágica es preciso definirla como el periodo inmediatamente anterior en el que vemos que se pueden perder valores importantes. La situación trágica es justo la anterior a la tragedia, la que nos pone contra las cuerdas y nos lanza a pensar qué podemos hacer para salvar lo que nos queda. Es lo que sucede en las catástrofes. Lo que se plantea entonces es qué criterio utilizar en esas situaciones. Partiendo de que una catástrofe es una situación en la que hay desproporción entre recursos y necesidades, el criterio no puede ser el de las situaciones normales, el de la realización de todos los valores, pero tampoco el de la realización del valor más amenazado. En este segundo caso vimos que el factor que juega un papel fundamental en la toma de decisiones es el tiempo. Pero en las situaciones catastróficas ya no se trata tan sólo de una cuestión de tiempo, sino de una cuestión de recursos. De ahí el tema tratado y debatido por los anteriores ponentes, e incluso por los participantes: el del *triaje* o la selección de pacientes. La puesta en marcha del *triaje* es fruto de un cambio de criterio. Ya no se trata de proporcionar asistencia atendiendo al criterio de la urgencia (el valor más amenazado), sino al criterio del *más recuperable* desde el punto de vista clínico. En ética esta distinción de criterios tiene una terminología propia: en un caso se trata de un criterio deontológico y en el otro de un criterio teleológico. El criterio de selección de pacientes es un criterio teleológico, no deontológico; es más, está enfrentado al criterio deontológico: hay que optar por aquello que va a permitir salvar a más personas. Por lo tanto, el criterio teleológico se puede y se debe utilizar como excepción en situaciones de catástrofe, en aquellas circunstancias en las que se da una clara descompensación entre necesidades y recursos, ha terminado diciendo el Prof. Gracia.

### Algunas cuestiones finales

Aunque el tiempo corrió de prisa, en el tiempo dedicado a la participación de los asistentes, una vez terminada tanto la primera como la segunda mesa, se suscitaron algunas cuestiones. Tres fueron las que tuvieron más interés, o se repitieron desde distintos ángulos. La primera tuvo que ver con la gestión de las voluntades anticipadas y la información. Desde la mesa se afirmó que en España existen distintos registros de voluntades anticipadas, al menos uno por región, y que aunque se han hecho esfuerzos por poner a punto un registro único, de momento es difícil, aunque no imposible, obtener una información adecuada en el tiempo y la forma que exigiría una asistencia de emergencia. Por eso, tanto la Dra. Casado como el Dr. Navalpotro insistieron en sus intervenciones que el desconocimiento de las voluntades del paciente junto a la falta de información y la ausencia de familiares en los primeros momentos, constituye un condicionante importante en el desarrollo de la labor profesional del equipo de emergencias.

Otras cuestiones tuvieron que ver con la gestión del tiempo, con la angustia ante la toma de decisiones en situaciones catastróficas y, sobre todo, con el tema que posiblemente causa más desconcierto entre la población: el *triaje*. La Dra. Casado aclaró, ante todo, que es preciso estar bien formado, y sobre todo bien entrenado, a la hora de actuar en una situación de emergencia o catastrófica. Las razones son varias. Una primera es que hay que actuar con la máxima urgencia, lo cual quiere decir que las actuaciones tienen que estar perfectamente protocolizadas de cara a reducir el impacto emocional. Pero existe otra razón más importante. Las situaciones

catastróficas, definidas como la desproporción entre necesidades asistenciales y los recursos disponibles, modifican excepcionalmente los criterios en la toma de decisiones. La selección de pacientes, insistió, tiene que hacerse según las necesidades biopatológicas del paciente, con el objeto de optimizar recursos y de llegar al mayor número posible de afectados. Es el modo estandarizado y correcto de gestionar las situaciones catastróficas, por más que pueda verse como una solución trágica, pues trágico es perder vidas por falta de recursos.

La última de las cuestiones de debate que aquí consideramos tuvo menos que ver con el tema del Ateneo que con el interés de algunos profesionales de la salud por la objeción de conciencia. A ella respondió el prof. Gracia, moderador de la mesa. Afirmó que en principio la objeción de conciencia no puede aplicarse a cualquier situación, sino tan sólo a aquellas en las que están en juego derechos fundamentales. En realidad no sabemos muy bien a qué situaciones, afirmó, pues los legisladores deberían especificar cuándo se puede objetar, y no lo hacen. Esto convierte la objeción de conciencia en un instrumento poco preciso, que los profesionales manejan impropriamente, bien porque objetan a procedimientos o intervenciones que no están avalados por la buena práctica clínica, lo que cabe llamar *pseudoobjeción*, ya que la objeción de conciencia no puede servir para amparar la mala práctica, o bien porque la objeción no se hace por verdaderos motivos de conciencia o morales, sino por ignorancia, miedo, vergüenza, comodidad, etc., lo que cabe llamar *criptoobjeción*. En ninguno de estos dos casos se trata de una verdadera objeción. La objeción de conciencia tan sólo se puede justificar por razones morales, no de otra índole. De hecho, ha subrayado el prof. Gracia, la auténtica objeción es la de aquellos que, llegado el caso, están dispuestos a la insumisión. Por lo tanto, el criterio que debe seguirse en general para objetar, sobre todo en la práctica clínica, es el de verse privado de un derecho fundamental, y esto hace difícilmente justificable la objeción en situaciones de emergencia o catastróficas.

Así concluyó el Ateneo, un año más, con gran éxito de asistencia y participación. La intervención de los tres primeros ponentes, especialistas en urgencias, emergencias y catástrofes permitió conocer, por un lado, las características técnicas de sus áreas de trabajo, así como los problemas éticos con los que se encuentran en sus actividades diarias. La última ponencia, por otro lado, hizo que el conjunto de conflictos éticos planteados con anterioridad se organizaran según los criterios de actuación más razonables y prudentes. Una de las cuestiones que ha podido quedar más en claro es que la medicina de urgencias y emergencias ha de buscar siempre la protección del valor que se encuentre más amenazado, que por lo general es la vida, mientras que en el caso de la medicina de catástrofes, la situación es algo distinta, debido a que en ella las necesidades de atención médica suelen ser mayores que la suma de los recursos disponibles. Eso obliga a utilizar otro criterio de toma de decisiones, que ya no tiene que ver únicamente con la urgencia sino con la distribución de recursos escasos. Este último criterio, conocido por muchos profesionales de la salud, es el que ha podido causar no obstante más sorpresa, debido a su impacto emocional en situaciones reales.

Cabe añadir, por último, que el Ateneo significó una llamada de atención sobre las lecciones de las catástrofes. Era sabido que se trata de situaciones excepcionales o trágicas, tan indeseables como inevitables. Pero cuando los expertos en esta área de trabajo afirman que no aprendemos de los errores, pueden querer estar diciendo que

un abordaje puramente técnico nunca es suficiente, si ya nunca lo es. Es preciso crear espacios de reflexión ética que permitan generar conocimiento en esta actividad profesional, escasamente existente, con el objeto de enseñar a establecer prioridades o protocolos de actuación que mejoren las respuestas utilizados hasta hoy. Si el Ateneo de este año ha servido para iniciar este camino, bienvenido sea.