

La ética en las situaciones trágicas Urgencias, Emergencias y Catástrofes

Facing tragedies from an ethical point of view Crises, Emergencies, Catastrophes

Diego Gracia
Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud

Resumen

Las urgencias, emergencias y catástrofes tienen un punto en común, dado que se trata de situaciones “extraordinarias”. Eso hace que en ellas la determinación de los deberes se haga con criterios distintos a los habituales. En la situación de urgencia lo prioritario es proteger un valor que está gravemente amenazado, por lo general la vida. El riesgo de un valor importante y la falta de tiempo, hacen que las decisiones deban tomarse con criterios que son sensiblemente distintos a los de las situaciones ordinarias. Así, por ejemplo, la urgencia es una de las excepciones al consentimiento informado. En la emergencia el factor determinante no es el tiempo sino el grave daño a un valor individual o colectivo. Las emergencias no afectan sólo a situaciones agudas sino también a enfermedades crónicas, en las que puede estar comprometida no sólo la salud individual o privada sino también la salud pública. Las emergencias se diferencian de las catástrofes porque estas son crisis en las que existe una inadecuación entre las necesidades sanitarias y los recursos disponibles. En ellas el criterio es necesariamente teleológico, seleccionando a los pacientes en función de la máxima utilidad de las actuaciones. Este criterio sólo puede usarse de modo “excepcional”, razón por la que no cabe convertirlo en “norma”.

Palabras clave: Bioética, Ética clínica, Urgencias, Emergencias, Catástrofes.

Abstract

Crises, emergencies and catastrophes have a common denominator, given that they are all “extraordinary” situations. This implies that in these cases, duties are established according to different criteria than the usual. In a crisis, the priority is to protect a value which is under serious threat, generally life. The threat to an important value and the lack of time lead to decision-making using significantly different criteria than those at play in ordinary situations. Thus, for example, a crisis is one of the exceptions to informed consent. In emergencies, the dominant factor is not time, but rather a serious threat to an individual or collective value. Emergencies do not only affect acute situations, but also chronic illnesses, in which not only individual health, but also public health can be at risk. Emergencies differ from catastrophes in the respect that these are crises in which there is an inadequacy between healthcare needs and available resources. In these, the criterion applied is necessarily teleological, by selecting patients based on maximal usefulness of actions taken. This criterion can only be used “exceptionally”, therefore it should not become “a norm”.

Key words: Bioethics, Clinical ethics, Crises, Emergencies, Catastrophes.

La ética de lo cotidiano

La ética tiene como objetivo la realización de valores. He aquí dos palabras, realización y valores, que es preciso explicar.

Valores son las cosas que los seres humanos tenemos por valiosas, es decir, importantes; aquellas que apreciamos, que queremos o estimamos. No se trata de cosas extrañas sino de aquellas que colorean nuestras vidas y nos lanzan a la acción. Los valores tienen capacidad motriz, nos impulsan a su logro o realización. Las estimaciones comienzan siendo meramente subjetivas. Pero como ellas ponen en tensión al ser humano y le impulsan a actuar, resulta que los actos humanos consisten siempre en la realización de valores, con lo cual estos, de ser el resultado de estimaciones meramente subjetivas, pasan a tener carácter propio, objetivo, independizándose del sujeto que los realizó y cobrando vida propia. Nuestros actos realizan siempre valores; valores o disvalores. Y al objetivarse y convertirse en realidades, entran a formar parte de lo que Hegel llamó “espíritu objetivo”, es decir, de la cultura. Hay culturas religiosas, culturas artísticas, lo mismo que culturas corruptas. Y tanto la religiosidad como la belleza o la corrupción, son valores objetivados a través de los actos de los miembros de una sociedad. Unos son valores positivos y otros disvalores o valores negativos.

¿Por qué llamamos a unos valores positivos y a otros valores negativos? ¿Cómo ponemos signo, el signo más o el signo menos, a los valores? Este es un fenómeno muy curioso. Los valores negativos también son valores. Quiere decirse con ello que también los valoramos, pero negativamente. Porque los valoramos, nos parecen importantes; pero lo que consideramos importante es que no se realicen, que no entren a formar parte del depósito objetivo de valores que de una sociedad. No queremos que en ese depósito esté la fealdad, o la vulgaridad, o la corrupción, etc. Adviértase que el signo de más o de menos que ponemos a los valores indica una cosa de la máxima importancia, y es que los valores piden su realización, tienden a ella; es decir, nos “obligan”. Es el momento propiamente moral. La ética trata de los actos humanos, de lo que debe o no debe *hacerse*. Y eso que debemos hacer es siempre lo mismo, realizar valores positivos y evitar la objetivación de los valores negativos. Por ejemplo, todo el sistema sanitario tiene por objeto realizar un valor positivo, que es la salud, y evitar en lo posible otro negativo que es la enfermedad. Y lo mismo cabe decir respecto del bienestar y el malestar, o el placer y el dolor, la vida y la muerte, etc. (Gracia, 2013).

La primaria obligación moral es promover la realización de *todos* los valores que se hallen en juego en una situación concreta.

Una consecuencia fundamental de todo lo anterior, es que nuestra primaria obligación moral es realizar *todos* los valores que se hallen en juego en una situación concreta, o que entren a formar parte de una decisión. No se trata de optar por uno, el que consideremos más importante, en detrimento de los demás. Nos obligan todos, y nuestro primario deber moral es realizarlos todos, todos y cada uno, o lesionarlos lo menos posible. El médico, por ejemplo, tiene que procurar cuidar de la vida y la salud de sus pacientes, pero ha de tener en cuenta también el valor económico, y el estético, etc. Esto no resulta fácil de hacer, habida cuenta de que cuando hay varios valores implicados, estos suelen entrar en conflicto entre sí, de tal modo que no sabemos muy bien cómo promover la realización de todos a la vez, o cómo respetar todos en el interior del mismo acto. Esto tendemos a resolverlo optando por el valor más importante en detrimento de los demás. Pero eso no es, en principio, correcto, según ya sabemos. Nuestra primera obligación es identificar todos los cursos de acción a nuestro

alcance, y entre ellos elegir aquel que salve los valores en conflicto y que por tanto evite su lesión, o que los lesione lo menos posible. Algo que exige someter el conflicto a un análisis detallado, o deliberar sobre el “problema” que tenemos entre manos, o lo que también es lo mismo, sobre los valores y los cursos de acción. Pero como eso resulta difícil, los seres humanos buscamos aplicar a estas situaciones la ley del mínimo esfuerzo, y procuramos convertir los problemas en dilemas, reduciendo todos los cursos de acción a dos, de tal modo que el asunto se reduzca a la elección de uno de esos dos valores, en detrimento del otro. Lo cual supone, en la práctica, optar no por el curso óptimo sino por el pésimo. (Gracia, 2011: 101-154)

He creído conveniente hacer esta breve descripción de lo que cabe llamar la toma de decisiones éticas en condiciones normales, o cotidianas, o la ética clínica de lo cotidiano, para diferenciarla de la que ahora nos ocupa, la ética clínica de las situaciones excepcionales, las que hemos denominado situaciones trágicas. Porque, como veremos inmediatamente, en estas los criterios de decisión varían, y resultan correctas cosas que en situaciones normales no lo son.

Pero antes de ello, intentemos definir qué entendemos aquí por “tragedia” y por tanto qué queremos decir cuando hablamos de “situaciones trágicas”.

El fenómeno de lo trágico

Hay situaciones humanas que todos calificamos de “trágicas”. Los griegos antiguos las convirtieron en modelo de muchos de sus poemas épicos y de sus creaciones teatrales. Una situación trágica es la que relata la *Iliada*, cuando el hijo de Príamo, el rey de Troya, Héctor,

Para decidir correctamente es preciso identificar todos los cursos de acción posibles, y entre ellos elegir aquel que mejor salve los valores en conflicto o que los lesione lo menos posible.

una persona joven, fuerte, inteligente y prudente, excelente esposo y buen padre, objeto de admiración y respeto no sólo por los troyanos sino también por los aqueos, tiene que combatir en un cuerpo a cuerpo con Aquiles, sabiendo de antemano que

perecerá en el combate. Por salvar el honor de su pueblo, se inmola personalmente. A los griegos esto les admiraba tanto, que a los personajes como Héctor los llamaban héroes y los consideraban hombres perfectos, semidioses. De hecho, Apolo le llama en el canto VII de la *Iliada* “el divino Héctor” (Homero, 1999: 243; II VII 42). El poeta canta así la tragedia de su muerte:

Su madre
se mesó los cabellos, arrojó el nítido velo lejos
y prorrumpió en muy elevados llantos al ver a su hijo.
También su padre emitió un lastimero gemido, y las gentes
por la ciudad eran presa de llantos y de lamentos.
Todo parecía como si la almenada Ilio se estuviera
consumiendo entera por el fuego desde los cimientos.
(Homero, 1999: 847; II XXII, 405-411).

Su madre, Hécuba, dice entre sollozos:

¡Hijo mío! ¡Ay mísera de mí! ¿A qué vivir con este atroz sufrimiento, ahora que estás muerto? Noche y día eras para mí una prenda de orgullo en la ciudad y un provecho en la villa para todos los troyanos y troyanas, que como a un dios te daban la bienvenida. También para ellos eras una gran gloria en vida; pero ahora la muerte y el destino te han alcanzado. (Homero, 1999: 847; II XXII, 431-436)

Analicemos con algo de cuidado la hazaña de Héctor. Una característica de la acción trágica es que en ella siempre se pierde un valor que consideramos importante, muy importante. Max Scheler escribió en su ensayo *Sobre el fenómeno de lo trágico*: “Todo lo que puede llamarse trágico se mueve en la esfera de los valores y las relaciones de valor. En un mundo carente de valores -como el que, por ejemplo, construye la física mecánica estricta- no hay tragedias” (Scheler, 2003: 206). En el caso de la guerra de Troya, no se trata sólo de la muerte de Héctor, y por consiguiente de la pérdida de su vida, sino también de la de otros muchos troyanos, habida cuenta de que la derrota de Héctor había de conducir irremisiblemente a la guerra. Por tanto, primera nota de la acción trágica: en ella se pierden valores, de modo que la tragedia consiste precisamente en eso, en la pérdida de valores, sin que los seres humanos lo puedan evitar. Como dice Scheler, “un valor tiene que ser destruido para que se dé el fenómeno de lo trágico” (Scheler, 2003: 207).

Los seres humanos procuramos convertir los problemas en dilemas, reduciendo todos los cursos de acción a dos, de tal modo que el asunto se reduzca a la elección de uno de esos dos valores, en detrimento del otro.

Hay una segunda característica muy significativa. Ello se debe a que la pérdida de valores que resulta “evitable” por los seres humanos, no es propia de las situaciones trágicas. “Así, siempre que la pregunta: ‘¿Quién tiene la culpa?’ permite una respuesta clara y determinada, falta el carácter de lo trágico. Sólo cuando no hay ninguna respuesta, emerge el color de lo trágico. Sólo cuando tenemos la impresión de que cualquiera en la mayor medida pensable habría prestado oídos a las exigencias de su ‘deber’ y con todo habría tenido que ver venir la calamidad, lo sentimos como trágico.” (Scheler, 2003: 219) No cabe duda de que lucha cuerpo a cuerpo con Aquiles “voluntariamente”. Pero también es verdad que se trata de una “libertad” muy peculiar, porque a la vez no tiene más remedio que hacerlo, y por tanto actúa de modo “necesario”. Esto es lo que Scheler llama “inevitabilidad” de la destrucción de valores en toda tragedia (Scheler, 2003: 211). De hecho, si no hubiera aceptado el reto, le habríamos considerado “cobarde” y la emoción trágica habría desaparecido. Esto es interesante, pues permite identificar una nota de la tragedia, su necesidad, el hecho de que se impone de modo implacable a los seres humanos, que por más que quieran no pueden evitarla.

Se da una tercera nota no menos significativa que las dos anteriores. Se trata de que el héroe trágico actúa libremente, y por tanto lesiona valores libremente, a pesar de lo cual no consideramos que esté actuando moralmente mal. Es un fenómeno curioso, sobre el que llamó la atención Max Scheler hace ahora exactamente un siglo. La conducta del héroe se considera moralmente ejemplar, por más que en ella se pierdan valores muy importantes. Desde el punto de vista moral, la pérdida deliberada de valores es siempre negativa, pero en el caso de la acción heroica sucede todo lo contrario. Es una acción que se juzga no sólo como moralmente

positiva sino como ejemplar, digna no tanto de imitar cuanto de admirar. De algún modo, tal acción se encuentra más allá de las categorías éticas de “bueno” y “malo”. Dice Scheler: “Lo malo trágico se encuentra más allá de lo ‘justo’ y lo ‘injusto’ determinables, de lo ‘conforme al deber’ y de lo ‘contrario al deber’” (Scheler, 2003: 221). De ahí que Scheler distinga entre la “culpa culpable o moral” de la “culpa inocente o trágica” (Scheler, 2003: 225).

Estas tres notas, que la tragedia lleve a la destrucción de valores, que tal destrucción se presente como necesaria o inevitable, y que a pesar de ello se juzgue la acción como moralmente positiva, son las que caracterizan la acción trágica y hacen que en los espectadores genere sentimientos que van desde la admiración al temor. A esto debía estarse refiriendo Aristóteles, cuando escribió en su *Poética* que la tragedia, “mediante la compasión y temor lleva a cabo la purificación de tales afecciones” (Aristóteles, 1988; 145; *Poet* 1449 b 27-28)

Esto es lo que los espectadores podían contemplar en las tragedias clásicas, por ejemplo, la *Antígona* de Sófocles, y lo que constituye su “nudo trágico” (Scheler, 2003, 212). Pero las tragedias no siempre son consecuencia de las decisiones tomadas por seres humanos, sean estos héroes o no. Ello se debe a que las dos primeras notas descritas se dan también en sucesos o fenómenos de la naturaleza. Piénsese en un terremoto, o

Una característica de la acción trágica es que en ella siempre se pierde un valor que consideramos importante, muy importante.

en un accidente aéreo. En ellos se pierden muchas vidas humanas, y por tanto sufre mucho un valor importante, la vida, sin que los seres humanos podamos evitarlo. Y por eso lo calificamos de tragedia. Generalizando, cabe decir que *se produce una tragedia siempre que se pierde un valor humano importante sin que hayamos podido evitarlo*, es decir, cuando coexisten la pérdida de valor y la inevitabilidad.

El término tragedia lo aplicamos de modo directo e inmediato a la pérdida del valor vida que no ha estado en nuestras manos evitar. Pero no es necesario que sea la vida el valor afectado. La tragedia se cierne al perderse cualquier otro valor de los llamados intrínsecos. Por ejemplo, si un incendio en el museo del Prado quemara toda la pintura de Goya o de Velázquez, lo calificaríamos de tragedia, por más que no hubiera habido víctimas personales.

Así caracterizada la tragedia, podemos ahora definir la “situación trágica” como aquella en la que está en riesgo o a punto de perderse uno o varios valores humanos importantes. La situación trágica es la que desencadena la tragedia, como sucede en las obras de teatro. El riesgo de perder valores propio de la situación trágica genera en el ser humano una obligación, la de poner en práctica todos los recursos disponibles para evitar la tragedia, o para paliar sus consecuencias, caso de que ya se haya producido.

Lo que plantea problemas a la ética no son las tragedias en sí sino las “situaciones trágicas”, bien antecedentes, porque pueden desembocar en tragedias, bien consecuentes, porque generan resultados negativos que es preciso corregir. El sistema sanitario tiene que estar preparado no sólo para las situaciones que cabe calificar de normales o cotidianas, sino también para las excepcionales o trágicas. Esas son las que aquí interesan: las situaciones antecedentes de urgencia y emergencia y las consecutivas a las catástrofes, bien naturales, bien provocadas por los seres humanos.

Ética de las situaciones de urgencia

La medicina se ocupa preferentemente de las enfermedades y los trastornos biológicos que cabe llamar “normales”. A la ética le sucede lo mismo. En el caso de la ética, esta normalidad consiste en que quien haya de tomar la decisión tenga el tiempo suficiente para reflexionar sobre ella, identificar los valores en juego y los conflictos de valores y buscar, entre todos los cursos de acción, aquel o aquellos que considere óptimos. Lo “normal” es que haya tiempo suficiente para llevar a cabo el proceso completo, canónico o estándar de la toma de decisiones. En estos casos hay que proceder conforme al criterio ya expuesto en el primer epígrafe de este artículo, porque en caso contrario se estará actuando mal.

Hay veces, empero, en que no hay tiempo para llevar a cabo todo ese proceso. Hay valores en juego, hay valores amenazados, muy amenazados, que requieren una intervención inmediata, a fin de evitar que se lesionen de modo irreversible. Estamos, pues, en una situación trágica o a las puertas de una tragedia. Y además tenemos claro que en tales casos los criterios normales de toma de decisiones éticas no sirven, ya que conducirían irremisiblemente a la pérdida de uno o varios de los valores en juego, habida cuenta de que exige la actuación urgente e inmediata.

¿Qué hacer, entonces? Puesto que no procede aplicar el procedimiento normal de toma de decisiones éticas, hay que poner en práctica otro que ya no cabe llamar normal sino extraordinario. En las situaciones que amenazan tragedia y que exigen intervención inmediata, el criterio moral no puede ser otro que salvar el valor que está en riesgo de perderse irremisiblemente; es decir, proteger el valor más amenazado. Del criterio normal de buscar la protección de todos los valores en juego, hemos pasado a otro que cabe llamar simplificado o de urgencia, en el que nuestra primera obligación es proteger el valor que se halla en grave riesgo, sin atender a los demás.

Un ejemplo puede aclarar esto. Es obvio que un profesional sanitario no puede tomar decisiones sobre el cuerpo de otra persona sin contar con su autorización, y por tanto sin cumplir previamente con el requisito del consentimiento informado. El profesional tiene que respetar no un valor, sino cuando menos dos, la salud o la vida del paciente, por una parte, y su decisión autónoma, por otra. Ni que decir tiene que habrá otros valores además de estos dos implicados, pero como ejemplo sirve el modelo simplificado de dos valores. Teniendo en cuenta ambos es como debe proceder en condiciones normales. Pero en caso de urgencia, por ejemplo, cuando tras un accidente de circulación una persona está en parada cardiorrespiratoria, la obligación del profesional es proteger el valor más amenazado, la vida del paciente, y por tanto iniciar las maniobras de reanimación, sin atender al requisito del consentimiento informado. De hecho, la legislación española deja bien claro que el consentimiento informado no es exigible en casos excepcionales, como son las situaciones de urgencia.

La “situación trágica” es aquella en la que está en riesgo o a punto de perderse uno o varios valores humanos importantes.

Urgencia es falta de tiempo. Y la falta de tiempo obliga a simplificar los procesos de toma de decisiones. Cosas que en situaciones normales no pueden ni deben considerarse correctas, en los casos de urgencia resultan preceptivas. Esta es la peculiaridad de la ética de las urgencias.

Si las urgencias se definen sólo por la falta de tiempo, la mayor parte de las actuaciones que se llevan a cabo en medicina de urgencia o en los servicios de urgencia de los hospitales no

cumplen con ese criterio, ya que las amenazas al valor vida o al valor salud no son inminentes. Lleva confusión el hecho de que en el lenguaje común suelen actuar como sinónimos los términos “urgencia” y “emergencia”. Una emergencia sanitaria, como luego veremos, es una situación que pone en riesgo grave uno o varios valores (por ejemplo, vida, salud, bienestar), pero sin que el factor tiempo exija intervenir con tanta rapidez que haga de ella una situación de urgencia. Como en las urgencias también están en riesgo grave valores, es posible decir que las urgencias son un tipo particular de emergencias, pero que no todas las emergencias son urgentes.

Este problema terminológico tiene consecuencias reales, ya que, por ejemplo, en los denominados “servicios de urgencia” de los hospitales no sólo se atienden casos urgentes, sino también emergencias sanitarias de todo tipo. No es un azar que en el idioma inglés a estas unidades se las denomine *emergency rooms*. Como en español eso no es así, sería conveniente, al menos, diferenciar con claridad lo que son “situaciones de urgencia” de los “servicios de urgencia”. La distinción es importante, porque en las primeras sí es posible aplicar la excepción de urgencia, es decir, la protección el valor más amenazado con independencia de los demás, en tanto que en los servicios de urgencia no, o al menos no en todos los casos. Los criterios éticos de urgencia no pueden utilizarse más que en las situaciones realmente urgentes, y en todos los demás casos que se traten en los servicios de urgencia, deberá seguirse, si resulta posible, el procedimiento normal de toma de decisiones.

La confusión sobre lo que debe entenderse o no por “urgencia”, quedó paradigmáticamente reflejada en el punto sexto del artículo décimo de la Ley General de Sanidad del año 1986. El artículo es el relativo al derecho al consentimiento informado, dentro del catálogo general de derechos de los usuarios del sistema de salud. El artículo dice así:

6. [El usuario del Sistema Nacional de Salud tiene derecho] 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, excepto en los siguientes casos:

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
- c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

Resulta obvio que este último punto puede interpretarse, y de hecho se interpretó, de dos modos distintos. Puede entenderse que define la “urgencia” como aquella situación que “no permite demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o exigir peligro de fallecimiento”. Es el caso de la urgencia genuina. Pero puede también considerarse que cuando el paciente rechaza un tratamiento que pone en peligro su vida, o que puede ocasionarle lesiones irreversibles o peligro de fallecimiento, entonces cabe aplicar la excepción de la “urgencia”, y por tanto contravenir la decisión libre e informada del paciente. En esta interpretación se amplía al campo entero de las emergencias el procedimiento de toma de decisiones propio de las urgencias, lo cual es claramente incorrecto. Lo cual viene propiciado por el carácter ambiguo

que el término urgencia tiene en nuestra lengua, con un sentido que cabe llamar estricto o correcto, y otro claramente laxo e incorrecto.

Esta confusión queda en principio subsanada por la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, cuyo apartado 2.b del artículo 9 afirma que "los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento (...) cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él". Parece deducirse que si es posible conseguir la autorización del paciente, los facultativos no deben intervenir en contra de su voluntad, incluso en caso de grave riesgo para la integridad física o psíquica del enfermo. De cualquier modo, resulta sorprendente que la urgencia no se haya incluido como excepción al consentimiento informado. Lo cual demuestra que dista mucho de estar claro, al menos para el Derecho, qué debe entenderse por situación de urgencia.

En las situaciones que amenazan tragedia y que exigen intervención inmediata, el criterio moral no puede ser otro que salvar el valor que está en riesgo de perderse irremisiblemente; es decir, proteger el valor más amenazado.

Los "servicios de urgencia" que más directamente relacionados con el rescate de pacientes en "situaciones de urgencia" son los servicios móviles creados por Ayuntamientos y Comunidades autónomas, como el Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate (SAMUR) de Madrid, o SUMMA 112 (Servicio de Urgencias, Emergencias, Catástrofes y situaciones especiales de la Comunidad Autónoma de Madrid). Entre los problemas éticos que se les plantean en su actividad cotidiana están los siguientes:

Urgencias en domicilio:

- ¿Cuándo parar una RCP (reanimación cardiopulmonar)? (¿Hay que actuar sin información sobre el paciente y su proceso, como en los casos de muerte súbita sin antecedentes previos, etc.?).
- ¿Deben los familiares estar presentes en el acto de reanimación?
- ¿Qué hacer cuando los familiares se niegan a las maniobras de reanimación?
- ¿Cómo y cuándo informar a familiares sobre las posibilidades de donación en asistolia en PCR (parada cardiorrespiratoria no recuperada)?
- ¿Deben respetarse las últimas voluntades o las instrucciones previas de los pacientes?
- ¿Qué papel deben jugar los padres en el caso de los menores de edad?

Urgencias en la vía pública:

- ¿Cómo procurar la muerte digna (analgesia, sedación) de aquellos pacientes con pronóstico vital infausto o que no pueden ser rescatados a tiempo?
- ¿Cómo operativizar el consentimiento informado en situaciones de urgencia?
- ¿Cómo proceder ante las situaciones de maltrato o de violencia conocida?
- ¿Qué hacer con los errores asistenciales? ¿Cómo notificar los errores?

- ¿Cómo encauzar el traslado hacia los centros útiles u óptimos, que ofrecen las mayores posibilidades de éxito para pacientes concretos?
- ¿Cómo realizar las maniobras de resucitación extrema (toracotomía de emergencia, etc.) en la vía pública?
- ¿Cuánto riesgo tienen obligación de asumir los profesionales en las urgencias?

El problema de las emergencias

Emergencia es sinónimo de crisis, de situación anómala que exige actuaciones inusuales. El Diccionario de la Real Academia da estas dos definiciones de emergencia: “Suceso, accidente que sobreviene”, y “Situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata”. Añade que en Guatemala, Puerto Rico, República dominicana y Venezuela es sinónimo de urgencia.

Una emergencia sanitaria es aquella situación que pone en riesgo grave uno o varios valores (por ejemplo, vida, salud, bienestar), pero sin que el factor tiempo exija intervenir con tanta rapidez que haga de ella una situación de urgencia.

Intentando dar coherencia a estas definiciones, cabe decir que es emergencia todo suceso o accidente sobrevenido que exige intervención, por poner en riesgo determinados valores que se consideran importantes. El que la intervención haya de ser inmediata no puede considerarse una condición necesaria, por más que sea frecuente. Hay emergencias que, como veremos a continuación, no

exigen intervenir con urgencia. Por eso deben denominarse emergencias los acontecimientos imprevistos que ponen en peligro bienes o valores importantes, con independencia del factor tiempo.

¿Hay situaciones de emergencia en las que el factor tiempo no juegue un papel fundamental, y que por tanto no quepa calificar de urgentes? Pensemos en los hábitos insanos de vida que acaban afectando no sólo a la salud privada o individual de las personas, sino incluso a la salud pública, cual es el caso de la obesidad. Cuando en una población aumenta el número de obesos, no hay duda de que se está ante un problema, más aún, ante una crisis de salud, privada y pública. ¿Cabe llamarlo una emergencia? Parece que sí, puesto que hay valores muy importantes seriamente amenazados, por más que no se trate de una urgencia. Herington, Dawson y Draper se preguntaban hace escaso tiempo si no conviene repensar la idea usual sobre lo que son emergencias en salud pública (Herington, Dawson, Draper, 2014: 26-35). El término “emergencia” suele utilizarse en salud pública, dicen los autores, sólo para las situaciones “agudas”, como es el caso de las epidemias, pero no para los problemas “crónicos”. La razón que se aduce es que caso de ampliar demasiado un concepto que permite tomar medidas excepcionales, podrían verse afectados los derechos individuales y violadas la libertades.

La raíz de este modo de pensar la encuentran los autores en el filósofo John Stuart Mill, y más en concreto en su libro *On liberty*, donde defiende la tesis de que el Estado no debe interferir con la conducta individual de las personas capacitadas más que cuando existe riesgo de que su conducta sea perjudicial para otros. De acuerdo con este criterio, para que se de una emergencia deben cumplirse dos condiciones: primera, que el riesgo sanitario de la población sea grave; y segunda, que ese riesgo sea inminente. Este es el criterio que cabe considerar canónico. Sólo en situaciones excepcionales, Mill acepta que se intervenga en el caso de inminente riesgo para el bienestar de la propia persona que realiza el acto. El texto dice así: “Es función propia de la autoridad pública la protección contra los accidentes. Si un funcionario

público u otra persona cualquiera viera que alguien intentaba atravesar un puente declarado inseguro, y no tuviera tiempo de advertirle el peligro, podría cogerle y hacerle retroceder sin atentar por esto a su libertad, puesto que la libertad consiste en hacer lo que uno desee, y no desearía caer en el río” (Mill, 1984: 182) La cuestión está en saber hasta dónde llega o cuándo es lícito aplicar este criterio del grave riesgo para su salud o su vida.

Tras exponer las razones aducidas por Mill, los autores del citado artículo llaman la atención sobre el hecho de que con ese enfoque se expulsan de la definición de emergencia todos los problemas crónicos. De ahí su tesis de que la condición de excepcionalidad hay que entenderla en un sentido distinto al propuesto por Mill, de tal modo que se considere excepcional toda situación en la que los individuos carecen de “capacidad” para eliminar o controlar un riesgo grave para su salud. Dada su limitada capacidad para decidir, los autores piensan que no cabe apelar al respeto de la libertad personal para no considerar emergencia una situación de ese tipo, sobre todo si afecta a una mayoría de la población. Esto es lo que los autores llaman “*the tragedy of the common*”. Ejemplos típicos son el tabaco y la obesidad. Estas emergencias sanitarias no vale dejarlas a la pura gestión personal y el Estado tiene que jugar en ellas el papel de coordinador y controlador social. Este es el caso de la obesidad, dado que su impacto en la salud de la población amenaza con ser mayor que el de los casos más conocidos de emergencias en salud pública (Nuffield Council of Bioethics, 2007). Situaciones de ese tipo pueden obligar al Estado, ante la necesidad de proteger bienes o valores comunes, a establecer prohibiciones, y por tanto a restringir el disfrute de bienes o valores privados. Otro ejemplo paradigmático lo constituye el tabaco. Y otro la vacunación obligatoria. Las emergencias obligan a diseñar estrategias “públicas” de manejo o control de situaciones como las descritas, mediante procedimientos de educación sanitaria, etc.

El artículo de Herington, Dawson y Draper suscitó, como era de esperar, opiniones en contra, apelando al derecho de todo ser humano a que se respeten sus hábitos de vida (Gostin, 2014: 36-7). El que puedan considerarse nocivos para él no es motivo suficiente para justificar cualquier tipo de restricción o prohibición, ni tampoco para aplicar la cláusula de excepcionalidad de Mill. Para defender esta posición, nada les viene a los detractores mejor que traer de nuevo a colación la autoridad del propio Mill, que explícitamente afirma: “Tan pronto como una parte de la conducta de una persona afecta perjudicialmente a los intereses de otras, la sociedad tiene jurisdicción sobre ella y puede discutirse si su intervención es o no favorable al bienestar general. Pero no hay lugar para plantear esta cuestión cuando la conducta de una persona, o no afecta en absoluto a los intereses de ninguna otra, o no los afecta necesariamente y sí sólo por su propio gusto (tratándose de personas mayores de edad y con el discernimiento ordinario). En tales casos, existe perfecta libertad, legal y social, para ejecutar la acción y afrontar las consecuencias” (Mill, 1984: 154).

Este debate no hace más que actualizar otro que es clásico en la ética de la salud pública (Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2006, 2011; Puyol, 2014). Se trata de si las intervenciones del Estado deben quedar limitadas a los casos en que se pone en riesgo la salud o la vida de terceros, o si resulta también legítimo coartar la libertad de los individuos a fin de proteger su propia vida o salud. El ejemplo paradigmático de esto lo constituye la competencia del Estado para exigir a los motoristas que lleven casco, habida cuenta de que en caso de accidente lo que pelagra es su propia vida, o si puede hacerse obligatorio el uso de los cinturones de seguridad en los coches. La razón que dan quienes están a favor de estas medidas, que son la mayoría, es que, caso de accidente, sus consecuencias, que en muchos casos son enfermedades graves y lesiones medulares incapacitantes, afectan no sólo al propio individuo

sino también a otras personas y a la propia sociedad. No llevar puesto el casco o no abrocharse el cinturón no son puros actos intransitivos, por más que lo parezcan.

Pero más allá de esta polémica, lo que resulta claro es que el aumento de ciertas patologías crónicas, como la obesidad, puede considerarse un problema de salud pública tal, que tenga sentido hablar de una “emergencia sanitaria”. Y es en estos casos, precisamente, donde se ve bien lo que diferencia a las emergencias de las urgencias. Se trata de crisis sanitarias, pero en la que el tiempo no es el factor fundamental y decisivo.

Las catástrofes son situaciones de urgencia en las que las necesidades de atención inmediata son superiores a los recursos disponibles.

Las emergencias no sólo pueden afectar a las poblaciones sino también a los propios servicios sanitarios. En estos también se dan situaciones de crisis en las que se encuentran amenazados importantes valores. Este puede ser el caso de algunas listas de espera. Es obvio que las listas de espera pueden existir en patologías que no lesionan gravemente valores de las personas, pero cuando la espera en los servicios de las instituciones sanitarias públicas pone en grave riesgo un valor importante, y sobre todo la vida, entonces es claro que se está ante una situación de emergencia.

Las emergencias se manejan desde el punto de vista ético con los mismos criterios de las urgencias, es decir, buscando la protección de los valores amenazados, y por tanto actuando con un criterio claramente deontológico (Aacharya, Gastmans, Denier, 2011). Cuando esto no es posible, cuando no cabe proteger los valores amenazados, o el valor más amenazado, que es siempre la vida, ante la desproporción entre las necesidades sanitarias y los recursos disponibles, entonces la emergencia se convierte en catástrofe.

La ética de las catástrofes

Las catástrofes son situaciones de urgencia en las que las necesidades de atención inmediata son superiores a los recursos disponibles (Burstein, Hogan, 2007). Dado que se trata de situaciones de urgencia, vale para ellas todo lo dicho a propósito de éstas. Pero el hecho de que haya una desproporción entre necesidades y recursos, obliga a sumar otro criterio de excepcionalidad a los ya indicados. Este criterio no tiene carácter deontológico, como el de buscar la protección del valor más amenazado, sino claramente teleológico, dando prioridad a quien es más probable que resulte beneficiado por la intervención asistencial.

El nombre con el que se conoce esta excepción es el de “triaje”, palabra castellana aceptada por el Diccionario de la Real Academia define como “acción o efecto de triar”. Y el verbo triar lo define como “Escoger, separar, entresacar”. Los lingüistas consideran que el término triaje es un galicismo insufrible, y que el sustantivo derivado correctamente del verbo triar sería “triado”, no “triaje”. En cualquier caso, el término que se ha impuesto es triaje, que en la actualidad tiene dos acepciones distintas, según que se utilice en el contexto de la medicina de urgencia, o se aplique a situaciones catastróficas. En el primer sentido, que cabe llamar laxo, por triado o triaje se entiende la “clasificación” de pacientes de acuerdo con la urgencia (Travers, Waller, Bowling, Flowers, Tintinalli, 2002). Antes hemos distinguido entre “situaciones de urgencia” y “servicios de urgencia”, habida cuenta de que no todo lo que llega a un servicio de urgencia se halla en situación de urgencia. De ahí la necesidad de que en esos servicios se proceda a la clasificación de pacientes de acuerdo con la gravedad de su patología y la urgencia mayor o

menor del tratamiento requerido. Este es el primer sentido del término triado o triaje, la clasificación de pacientes de acuerdo con la urgencia mayor o menor.

Pero hay otro sentido del término triado o triaje, que es por otra parte el original y más estricto. Se trata no sólo de clasificar a los pacientes sino de “seleccionarlos” en aquellas situaciones en que las necesidades son muy superiores a los recursos. El triado como clasificación de pacientes se hace en situaciones que no cabe calificar de catastróficas sino de normales, en tanto que el triado como selección se lleva a cabo en aquellas otras que son claramente catastróficas.

El triaje que tiene por objeto no sólo clasificar sino seleccionar pacientes, fue introducido por el gran cirujano Larrey, organizador de la sanidad militar en los ejércitos napoleónicos, hasta entonces anclados en las anticuadas técnicas de Ambrosio Paré (Iserson, Moskop, 2007). Consiste en la selección de los pacientes a los que se atenderá antes que a los demás, a pesar de que no sean los más gravemente enfermos sino los más recuperables (Domres, Koch, Manger, Becker, 2001). Esto contradice el criterio deontológico que antes hemos descrito como propio de las urgencias y emergencias, ya que se condena de modo consciente y voluntario a muerte cierta o probable a determinados pacientes (Moskop, Iserson, 2007). Este criterio es absolutamente extraordinario y excepcional, de tal modo que sólo puede utilizarse en situaciones en las que hay una clara desproporción entre las necesidades sanitarias y los recursos disponibles. Tomar este tipo de decisiones y atender a estas personas exige unas cualidades muy especiales de los profesionales y requiere un cuidadoso entrenamiento (Larkin, Arnold, 2003).

Conclusión

Urgencias, emergencias y catástrofes son situaciones especiales que obligan a modificar, al menos parcialmente, los procedimientos normales o canónicos de toma de decisiones en el campo de la medicina. En ellas no pueden utilizarse los mismos criterios que en el ejercicio “ordinario” de la profesión. Pero por ello mismo, las pautas a que deben someterse tienen carácter claramente “extraordinario”. Esto significa que son “excepciones” a los criterios normales, que además no pueden utilizarse más que cuando hay razones extraordinarias para ello (Altevogt, Stroud, Hanson, Hanfling, Gostin, 2009). La norma es siempre la norma, y la excepción debe verse como lo que es, una mera excepción a la norma, que ha de cumplir dos requisitos: primero, que nunca puede verse como norma, sino sólo como excepción, o como algo sólo aplicable en casos excepcionales; y segundo, que quien quiera utilizarlo tiene de su parte la carga de la prueba, de tal modo que está obligado a justificar la excepción, y por tanto el carácter excepcional de la situación, que no permite la aplicación usual de la norma.

Los niños tejanos conocen desde su más tierna infancia las hazañas de los héroes locales, que no son ni Héctor, ni Aquiles o Ulises, sino los Rangers, los Rangers de Texas. De los Rangers se dice que “cabalgaban como los mexicanos, disparaban como los hombres de Tennessee y peleaban como el mismísimo diablo”. Este cuerpo se creó en 1835, y corre la fama, no sé si verdadera o ficticia, de que nunca ha muerto un Ranger a manos de sus adversarios, porque ellos “primero disparan y luego preguntan”. Me contó esta anécdota un conocido bioeticista tejano, Tristram Engelhardt. Son héroes, pero héroes trágicos. Porque sus técnicas sólo pueden resultar justificables en momentos absolutamente excepcionales; es decir, en las situaciones de auténtica tragedia.

Bibliografía

- Aacharya, RP; Gastmans, C; Denier, Y. (2011). Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC Emergency Medicine*, 11, 16.
- Altevogt, BM; Stroud, C; Hanson, SL; Hanfling, D; Gostin, LO (Eds.). (2009). *Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations: A Letter Report*. Washington: National Academic Press.
- Aristóteles. (1988). *Poética*. Madrid: Gredos.
- Burstein, J L.; Hogan, D. (2007). *Disaster medicine*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Domres, B; Koch, M; Manger, A; Becker, HD. (2001). Ethics and triage. *Prehospital Disaster Med*, 16, 53-8.
- Fundació Víctor Grífols i Lucas. (2006). *Ética y Salud Pública*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Fundació Víctor Grífols i Lucas. (2013). *Casos prácticos de ética y salud pública*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Gostin, LO. (2014). Public Health Emergencies: What Counts? *Hastings Center Report*, 44 (nº 6), 36-7.
- Gracia, D. (2011). Teoría y práctica de la deliberación moral. En: L Feito, D Gracia, M Sánchez (Eds.). *Bioética: El estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela, 101-154.
- Gracia, D. (2013). Valor y precio. Madrid: Triacastela.
- Herington, J; Dawson, A; Heather D. (2014). Obesity, Liberty, and Public Health Emergencies. *Hastings Center Report*, 44 (nº 6), 26-35.
- Homero (1999). *Ilíada, Odisea*. Madrid: Espasa.
- Iserson, KV; Moskop, JC. (March 2007). Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Annals of Emergency Medicine*, 49 (3), 275–81.
- Larkin, GL; Arnold, J. (2003). Ethical considerations in emergency planning, preparedness, and response to acts of terrorism. *Prehosp Disaster Med*, 18 (3), 170-8.
- Mill, JS. (1984). *Sobre la libertad*. Madrid, Alianza.
- Moskop, JC; Iserson, KV. (2007). Triage in medicine, part II: Underlying values and principles. *Ann Emerg Med*, 49 (3), 282-7.
- Nuffield Council of Bioethics (2007). *Public health: ethical issues*. Cambridge: Cambridge Publishers.
- Puyol, A. (2014). Ética y salud pública. *Dilemata*, 6, 15-22.
- Scheler, M. (2003). Sobre el fenómeno de lo trágico. En: *Gramática de los sentimientos*, Barcelona, Crítica, pp. 203-226.
- Travers, DA; Waller, AE; Bowling, JM; Flowers, D; Tintinalli, J. (2002). Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. *J Emerg Nurs*, 28 (5), 395-400.