

MARCO BIOÉTICO DE LAS RELIGIONES MONOTEÍSTAS
en OCASIÓN DEL COVID-19

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 13 de Mayo 2020

MARCO BIOÉTICO DE LAS RELIGIONES MONOTEÍSTAS **en OCASIÓN DEL COVID-19**

El Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina ha convocado a un grupo de reconocidos bioeticistas pertenecientes a diversas confesiones monoteístas, a fin de elaborar un documento marco que establezca los principios guía y sus aplicaciones fundamentales en relación a la presente pandemia.

Introducción:

Las grandes religiones monoteístas: judaísmo, cristianismo e islam, compartimos una visión común del ser humano y los derechos y deberes que de su condición humana se siguen. Es por esto que hemos decidido realizar esta declaración conjunta de manera que resulte un aporte en estos tiempos de pandemia e incertidumbre, sea para toda persona que comparte nuestra mirada, sea para toda persona de buena voluntad que quiera abrirse al diálogo.

La actual situación de pandemia plantea a la medicina y a la bioética (más allá de toda cuestión relativa a la bioseguridad), debates respecto de una justa planificación de los recursos para el cuidado masivo de la salud pública. Allí entran en colisión los derechos individuales y colectivos, frente a otros particulares y al conjunto social. Considerando estos conflictos, todo planificador de políticas dirigidas a la contención, control y cuidados de la salud pública debe elaborar con antelación, procedimientos que optimicen los recursos sanitarios escasos. Esto es lo que se define como *triage*, donde concurren la urgencia, el hacinamiento, la angustia física y psicológica, al mismo tiempo que la escasez de recursos sanitarios suficientes tanto en equipamiento, infraestructura como en personal, frente a la aceleración en la cantidad de pacientes potencialmente mortales. Tal situación requiere de una comprensión fundamental de la ética y su aplicación, para lograr las medidas más adecuadas que se concretan en un protocolo de acción.

En otras palabras, cuando los recursos disponibles no pueden satisfacer las necesidades existentes, resulta necesario un sistema de clasificación para mejorar la calidad de la atención y priorizar los casos acorde a pautas basadas en principios bioéticos.

Principios Guías:

Estos principios fundamentales, tal como numerosos y diversos especialistas los han descripto, se sintetizan en 5:

- 1) Principio de protección de toda vida humana y su integridad física.
- 2) Principio de totalidad o terapéutico.
- 3) Principio de libertad responsable.
- 4) Principio de justicia.
- 5) Principio de subsidiaridad.

A partir de estos, se derivan otros procesales como el de igualdad de trato, tiempos de espera, distribución y asignación apropiada de recursos, no abandono, comunicación eficaz y clara entre el profesional y el paciente, así como otras cuestiones que hacen a la

optimización no sólo del proceso sino también para evitar la degradación en la calidad de la atención, comprometiendo la seguridad física y moral de la persona. Es precisamente en estos principios donde se produce un encuentro entre la ciencia y la fe, resguardando la dignidad de cada ser humano, velando por su custodia y la defensa de sus derechos fundamentales.

- 1) ***El derecho básico de toda persona es el respeto y protección de su vida e integridad física.*** Si este es avasallado no hay un fundamento para ningún otro derecho, y por ello su primacía en toda consideración ética. Esta afirmación fuerte y clara en las religiones milenarias, es compartida por la ciencia que conoce el daño de anularlo. Los experimentos médicos durante la Segunda Guerra Mundial sumados a otros en décadas posteriores, por sobre todo durante los 60 y 70, generaron a pedido de los mismos científicos documentos de bioética fundamentales como el Código de Nüremberg, el Código de Helsinki y el informe Belmont que buscan regular la actividad médica y de investigación.
- 2) El ***principio de totalidad o terapéutico***, es aquel por el cual se puede intervenir sobre la vida física de un individuo y sacrificar la parte enferma, siempre con el consentimiento del paciente, a favor del bien total del mismo. En este principio bioético se resumen otros dos éticos fundacionales como el *principio de no maleficencia*, debiendo no ser causa de daño, y el *principio de beneficencia*, el cual radica en la obligación de contribuir al beneficio o el bienestar de las personas.
- 3) El ***principio de respeto por la libertad del individuo y las responsabilidades que se siguen de su obrar***, defiende la autonomía tanto del paciente como del personal de salud, superando el conflicto entre partes, fomentando la alianza médico-paciente, equilibrando el derecho de toda persona competente (o sus representantes si estuviera impedido de hacerlo) a tomar decisiones con respecto a su propia atención médica protegiendo sus valores, convicciones y creencias, con las propias del personal sanitario. Este respeto no conforma una mera actitud de tolerancia para con el paciente o el personal sanitario, sino que implica una acción para que estos puedan decidir de forma autónoma.
- 4) El ***principio de justicia*** requiere que, dados los recursos limitados, las decisiones de asignación se tomen de manera que los beneficios y las cargas se distribuyan de manera equitativa. Esto no significa que cada persona o grupo deba obtener una parte igual de los escasos recursos, sino que la asignación esté basada en criterios y principios apropiados de equidad, equilibrando la igualdad en la consideración de la vida de cada persona con el derecho a recibir la atención necesaria y las posibilidades vigentes.
- 5) El ***principio de subsidiaridad***, radica en la sociabilidad y la consideración de la carga recíproca entre individuo y sociedad, centrados ambos en el bien común. Así tanto el ciudadano particular como el Estado tienen responsabilidades mutuas, que deben honrar, colaborando ambos en la construcción de la amistad social.

Aplicaciones Fundamentales de los Principios en la Pandemia COVID-19

- a) **Es responsabilidad de los Estados** la gobernanza y coordinación de las acciones que afecten a la salud pública durante la pandemia, de modo tal que minimice sus perjuicios y maximice el bien común. Esta no se agota en las medidas sanitarias de declaración,

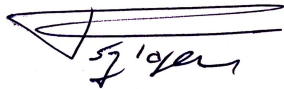
implementación y fiscalización del cumplimiento (Ej. ASPyO), sino que debe velar por los intereses económicos y la ayuda a los miembros más expuestos al contagio (v.g. personal de la salud, ancianos y ciudadanos en situación de pobreza). Para ello deberá sopesar equilibradamente la utilidad y la igualdad en las medidas a tomar en el campo de la salud y de la economía, comprendiendo, apoyando y solucionando, en la medida de lo posible, los reclamos de la población y los niveles de productividad.

- b) **Es responsabilidad de los agentes sanitarios** atenerse a los protocolos establecidos y evitar sobrepasar su capacidad de decisión. Los agentes de Salud son un bien escaso debiendo ser prioritarios en los test y la asignación de UTI (unidades de terapia intensiva), velando también por su salud psíquica conteniendo situaciones de *burnout*. El sistema sanitario nacional, provincial y municipal deben coordinarse siguiendo el principio de subsidiaridad, evitando saturar los niveles y derivando ordenadamente la atención tanto ascendente (a un grado de mayor complejidad) como descendente (a uno de menor complejidad). Todo individuo o grupo social sin “discriminación negativa” alguna, debe ser sujeto de la mejor atención razonable.
- c) **Es responsabilidad de los individuos** cuidarse y cuidar a los demás, adhiriendo a las medidas sanitarias determinadas por la autoridad, tendientes a evitar toda propagación, posponiendo deseos o intereses personales, si estos ponen en riesgo la salud pública.

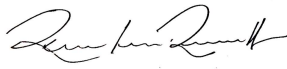
Anexo Especial Triage COVID-19

1. Toda pauta inicial de *triage* deberá buscar la mejora continua en la calidad de atención, clasificando al paciente lo más rápido y eficientemente posible, evitando aumentar el dolor, el sufrimiento y por lo tanto, provocando daños indirectos tal como el psicosocial, estrés, miedo, sentirse descuidado, abandonado o no ser atendido.
2. Se mantendrá al paciente debida y claramente informado respecto de los tiempos de espera, evaluación y posterior derivación, intervención o tratamiento, pudiendo así prestar o no su consentimiento cuando no sea de emergencia ni afecte a terceros, caso en el cual se aplica el principio de necesidad dado el carácter urgente de la situación, proporcionando la atención necesaria.
3. Para producir el mayor beneficio neto entre todos los afectados, el sistema de *triage* deberá buscar salvar la mayoría de las vidas, sin consideración vinculante a ningún ajuste por edad, calidad de vida o de sobrevivencia, su condición socio económica, religión, nacionalidad ni otra “categoría sospechosa” en términos de derecho.
4. No se pospondrá la instrumentación médica a un paciente necesitado de ella en favor de otro ulterior que eventualmente tenga mayor viabilidad o bien pudiera encontrarse más grave.
5. Se establecerán medidas tales que minimicen la posibilidad de error en la asignación de recursos, sobre todo aquellos que implican soporte vital del paciente. Esto es debido a que sólo se permite extraer soporte vital de un paciente cuando ya no resulte terapéutico ni tampoco sea causa de agravamiento de su estado de salud, y no debido a la urgencia de aplicarlos a un tercero.

6. La prioridad en la atención es por contacto con el centro de salud acorde al protocolo sanitario vigente, y ante la simultaneidad ocasional y en similar gravedad, se otorgará prioridad a los habientes de mayor posibilidad de sobrevida. En caso de igualdad en su estado crítico, deberá el médico discernir alguna significativa menor probabilidad de sobrevida de uno respecto de otro, incluso debido al conocimiento o recursos disponibles, priorizando el de mayor probabilidad de sobrevida o a quien ciertamente pueda curar. En caso de igual probabilidad de sobrevida, y que a juicio del médico sólo puede atender a uno, el profesional deberá entonces priorizar aquél que representa mayor gravedad.
7. En caso que los procedimientos médicos no resulten terapéuticos, el paciente no debe ser abandonado ni ser inducido a ninguna práctica eutanásica. Debe derivárselo a una unidad de cuidados paliativos ya que cuando no es posible curar, siempre es posible cuidar.
8. Se implementarán medidas eficaces que aseguren la trazabilidad del cadáver, su identidad y custodia desde el momento del deceso y hasta su disposición final acorde a la voluntad previamente expresada por el fallecido o en su defecto la de sus deudos, o bien comunicándose con la AMIA, Instituciones Islámicas correspondientes o Agrupaciones Cristianas de referencia, acorde a los indicios que presente el fallecido respecto de su credo, respetando así los derechos de libertad de culto, diversidad y no discriminación.



Rabino Dr. Fishel Szlajen
Judaísmo



Pbro. Lic. Rubén Revello
Catolicismo



Imam Marwan Sarwar Gill
Islam



Pr. Lic. Gabriel Ballerini
Iglesias Evangélicas



Eld. Mg. Benjamín De Hoyos Estrada
Iglesia de Jesucristo SUD