

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

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

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

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

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

- 1) la **situación funcional previa del enfermo** (medida a través del índice de Barthel), y
- 2) su **esperanza de vida según comorbilidad y edad** (valorada a través del índice de Charlson).

Todos esos criterios están siempre presentes, en mayor o menor medida, en las personas que residen en las RRCS, de tal forma que, en la situación excepcional de desastre actual, debemos **priorizar el uso de medidas invasivas sobre los enfermos con menos enfermedades asociadas, mayor esperanza de vida o menor grado de dependencia**.

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

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

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

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

**Realizadas las consideraciones previas, esta Comisión entiende que:**

1. Los equipos asistenciales correspondientes deben realizar la **atención** de los **residentes enfermos por Covid-19 "IN SITU"**, en la propia RCS, sin trasladarlos a los hospitales (salvo casos muy justificados, de gran excepcionalidad, que tuvieran altas posibilidades de recuperación, conforme a los criterios de prioridad establecidos. En estos **casos excepcionales de traslado, se contará con la autorización previa expresa del servicio de Urgencias del Hospital de referencia**).
2. **Se deben garantizar las prestaciones sanitarias y de cuidados imprescindibles en todas las RRCS.**
3. **El tratamiento establecido en la RCS se debe adecuar siempre a la evolución del enfermo y de acuerdo con las situaciones siguientes:**
  - 3.1. *Cuando ello sea posible, se llevará a cabo un **tratamiento con intención curativa o de mantenimiento**, siguiendo las indicaciones y protocolos médicos establecidos, empleando los medios disponibles.*
  - 3.2. *Si lo anterior no fuera posible, al no disponer de medidas de soporte vital avanzado, se deberán poner **límites al esfuerzo terapéutico**, retirando todas las medidas que no beneficien al enfermo y facilitando los **cuidados paliativos** básicos y necesarios en orden a obtener el máximo control sintomático, lo que incluirá la sedación paliativa en los casos que esté indicada.*
  - 3.3. **Siempre hay que prestar una atención integral** a cada persona, cubriendo sus necesidades de cuidados básicos, higiene y confort, así como sus necesidades emocionales, espirituales y de acompañamiento, en la medida de lo posible.
  - 3.4. **Se tienen que cuidar la comunicación y la información a los residentes y a sus familiares**, en todo lo posible y a pesar de las medidas de aislamiento que sean necesarias.

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