

**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.**