

## Perspectivas éticas de la pandemia en la población infantil y adolescente

---

Dr. Jorge Asdrúbal Jáuregui Miranda<sup>1</sup>

---

Buenas noches. Sean mis primeras palabras de agradecimiento a los organizadores de este magnífico evento, en especial al Dr. Patrick Wagner, quien sugiriera mi nombre para integrar el grupo de expositores; del mismo modo, agradezco al Dr. Salomón Lerner, al Dr. Renato Alarcón y al Dr. Alberto Perales, a quién debo mucho el estar inmerso en el mundo de la bioética. Precisamente, atravesamos en cierto modo las bodas de oro de la Bioética, un espacio de reflexión que complementa y va más allá del puro ámbito de la Ética Médica. Sabemos que la Bioética nace como una reflexión ética sobre la sostenibilidad de la vida en nuestro planeta, de los seres vivos y no solamente de los seres humanos. La Medicina, apropiándose un poco de ella, hizo posible ese espacio de reflexión, necesario para obtener respuestas de mayor alcance que las que podían provenir sólo de la Ética Médica o de la Deontología. Concretamente, entre las causas que dieron origen a la Bioética, figuran los avances de la ciencia que planteaban problemas como que “no todo lo que se puede hacer técnicamente es éticamente aceptable”; de esta manera se dio paso a una serie de reflexiones, llegándose incluso al punto de pensar que los grandes avances y usos de la tecnología nos estaban deshumanizando. En este año 2020 precisamente,

surge la gran necesidad de formular reflexiones, como ya lo ha adelantado el Dr. Renato Alarcón, respecto a los aspectos técnico- bioéticos que tiene la pandemia.

Sin embargo, no es que tales reflexiones no hayan sido hechas. En el año 2007, a raíz de otros eventos pandémicos, la Organización Mundial de la Salud publicó un documento, en inglés y traducido al español dos años después, titulado “Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de Salud Pública a la gripe pandémica”, En aquel momento, la OMS instaba a prepararse para enfrentar una pandemia y estableció cuatro hilos tutores que son la clave para poder entender lo que está sucediendo en este momento. Estos hilos tutores, que de alguna manera han sido también señalados por el Dr. Renato Alarcón, plantean el establecimiento de criterios de priorización para el uso de los recursos de salud, escasos ante una demanda muy grande. En efecto, el contar con criterios bien definidos genera confianza en la opinión pública y alivia la carga de los profesionales que bastante tienen ya con el solo hecho de brindar tratamiento a sus pacientes. El segundo hilo es que se debe salvar la mayor cantidad de vidas identificando a quienes estén en las mejores condiciones clínicas para poder

---

<sup>1</sup> Cirujano cardiovascular y cirujano plástico, egresado de la Maestría de Bioética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Master Alianza en Donación y Trasplante de la Universidad de Madrid, España Magíster en Gerencia de Servicios de Salud de ESAN; exdirector adjunto del Instituto Nacional de Salud del Niño en San Borja, Ex director del Instituto Nacional de Salud del Niño, en Breña.

sobrevivir el tratamiento. Una tercera condición, que en algún momento generó controversias en nuestro país y tal vez hasta un distanciamiento entre el Ministerio de Salud y el Colegio Médico, fue si se debería o no priorizar a quienes están en la primera línea de batalla, aquellos que tenían y tienen que cuidar a los otros. En ese sentido, la OMS fue muy clara al señalar que se debería priorizar a quienes tienen la tarea de salvar vidas de otras personas, personal sanitario, personal de seguridad, policías, militares, bomberos. Finalmente, el cuarto criterio es que se debe tratar a todas las personas equitativamente y sin discriminación.

Dicho esto, permítaseme ahora señalar cuáles son los aspectos éticos, las perspectivas éticas de esta pandemia en la población pediátrica y adolescente. En primer lugar, es siempre preciso exponer los hechos. Podemos decir en cierto modo que los hechos clínicos de esta pandemia parecen favorecer de alguna manera a los niños, los cuales no se han visto tan afectados como en otras epidemias. COVID-19 parece tener solamente un 5% de niños y adolescentes en la población total de afectados y, además, la letalidad infantil es mucho menor que en los adultos. Debo señalar, por otro lado, que en los menores hay una serie de factores o comorbilidades que, al igual que en los adultos, los hacen más vulnerables, pero en este contexto, hay algo que es muy importante: en los niños no hay el criterio del factor edad o la determinación de cuánta vida y qué calidad de vida les queda. A todos los niños les queda toda la vida, el resto de la vida, de manera que, en esta circunstancia, los profesionales pediatras se han visto aliviados al no tener que recurrir a disquisiciones de esa naturaleza.

En un estudio multicéntrico y multinacional de cohortes en Europa, publicado en mayo, se encontró un total de 582 casos confirmados por pruebas PCR, con una media de 5 años de edad; el 25% de ellos tenía comorbilidades, el 62% de estos 582 pacientes requirió hospitalización y solamente el 8% requirió de admisión a Unidades de Cuidados Intensivos; la mayoría de ellos niños varones, menores de un mes de edad y poseedores de alguna comorbilidad. Las principales comorbilidades en este estudio fueron alteraciones cromosómicas, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar, cardiopatías

congénitas, desórdenes neurológicos, pacientes con inmunodeficiencias y tumores malignos.

En nuestro país, hoy 30 de junio, se han reportado 285,213 casos positivos, de los cuales el 5% aproximadamente corresponde a menores de 18 años; esto representaría 14,260 casos en el ámbito pediátrico. En nuestro Instituto hasta el momento se han tratado cerca de 180 pacientes y ya ha habido 112 egresos, 35% de los pacientes han sido hospitalizados y hemos tenido dos fallecidos. Debe anotarse que, en el curso de la evolución clínica de estos niños, se han observado dos etapas: una, entre la primera y la sexta semana, en la cual hasta el 80% de los pacientes tenía alguna comorbilidad; pero luego, entre la sexta, séptima y duodécima semana, se ven niños eutróficos con síndrome multisistémico respiratorio, muy similar al llamado Síndrome de Kawasaki, y otros que han desarrollado llamativos casos de encefalitis y dolores abdominales. El Instituto de San Borja, el Hospital de Emergencias de Villa El Salvador y el de Ate Vitarte son tres centros que han tratado a no más de mil niños. Cabe entonces la pregunta: si se calcula que más o menos son 14,000 niños los que están enfermos, ¿qué ha sucedido con los otros 13,000 niños? No tenemos una respuesta segura y ciertamente esto tendrá que ser motivo de investigación, pero una de las razones que se ha dado es que muchos de estos niños son asintomáticos. Desde la perspectiva de salud pública se puede ver lo peligroso que es el que uno se confíe y "baje la guardia" ya que estos son los hechos clínicos que se dan en la niñez, a veces muy diferentes a los observados en adultos.

Veamos enseguida los problemas éticos que se suscitan en la atención de estos pacientes. Quisiera, antes que nada, puntualizar dos conceptos: uno es que hay que hablar de preferencia de problemas y no de dilemas éticos. Diego Gracia nos enseñó muy clarísimamente que un dilema solamente tiene dos salidas, generalmente dos cursos extremos y opuestos, en tanto que un problema tiene múltiples cursos posibles de acción, generalmente cursos prudentes, ubicados "en el medio" y no necesariamente dirigidos u orientados a los extremos. Dicho esto, también es necesario no caer en el reduccionismo de los conflictos

éticos en esta pandemia: pareciera ser que el conflicto ético único es decidir a quién, a qué paciente le ponemos el ventilador, dada la limitación de recursos de infraestructura, equipamiento, insumos y, sobre todo, de recursos humanos. No es ese, pues, el único problema. Solamente para recordar algunos conceptos introductorios en este tema de la reflexión ética y la contraposición de algunos derechos y principios que generan los conflictos éticos, se ha mencionado ya a la Organización Mundial de la Salud, los pronunciamientos del Colegio Médico del Perú y del propio Ministerio de Salud a través de la Comisión Especial presidida por el Dr. Alberto Perales e integrada por miembros como el Dr. Salomón Lerner, que ha publicado recientemente un sólido documento técnico.

¿Cuáles son las principales consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de Salud durante la pandemia COVID-19? Los puntos principales son respeto a la dignidad de las personas, equidad y protección de los más vulnerables, los principios de justicia, no discriminación, solidaridad y no maleficencia, proporcionalidad en el establecimiento de tratamientos, el derecho de información, transparencia y --un tema muy importante-- la eficiencia en el uso de los recursos para sanar y salvar vidas. Esto ha dado lugar, en el ámbito del Ministerio de Salud, a la formación de Comités de Vigilancia de equipos de protección personal, que tienen a su cargo el garantizar su uso racional y eficiente.

Cabe preguntarse entonces, cuáles han sido en la práctica, los conflictos éticos que se han observado en estos tres meses de trabajo con pacientes COVID en el Instituto. El primero fue el acompañamiento. Se trató de definir que siempre debe estar un familiar presente, ya que el paciente es un menor, y se llegó al consenso de sólo permitir, por razones de bioseguridad, que uno de los padres esté al lado de los niños menores de 5 años; en otras palabras, se ha evitado por todos los medios el desarraigo familiar. Otros familiares pueden estar a la espera, se ha tratado de minimizar el ingreso de varios o muchos por razones de bioseguridad, de prevención de la diseminación del virus. Esta es una diferencia crucial en relación al manejo de pacientes adultos, manejo cuya información, luego de la admisión, tiene

lugar exclusivamente por vía telefónica o vía virtual.

En relación a esto, el segundo conflicto ético que puede ocurrir, si no se conducen las cosas de una manera adecuada, es el acceso oportuno a la información que los familiares obviamente necesitan y deben recibir de manera permanente. El tercero es el acompañamiento en “la hora final” de los pacientes; “hora final” no es necesariamente lo que la frase puede suponer, sino la decisión de proceder a la intubación, paso que tiene que dilucidarse en el contexto del diálogo entre los especialistas. Ello, no obstante, dado que considerar la intubación refleja un marcado deterioro clínico y significa esencialmente la aplicación de la ventilación mecánica con la que pueda que el paciente se mantenga en vida o involucre a su deceso, es el momento clave en el cual se debería por todos los medios acceder a los familiares al menos mediante una entrevista virtual o telefónica -o, de ser posible, presencial- a fin de que puedan incluso despedirse.

El cuarto elemento es el de la obligación moral y profesional contractual del personal sanitario. En el Instituto de Salud del Niño, como debe haber sido el caso en todo establecimiento de Salud, el embate de la pandemia que puso y pone en riesgo la vida de muchos, la decisión de participar en la atención de estos pacientes por parte del personal profesional y no profesional no ha sido ni es fácil. Se conformó un grupo de médicos, enfermeras, otros profesionales de la salud y no profesionales voluntarios, y esta decisión constituyó la mejor manera de afrontar el problema. De esta manera se logró aglutinar un excelente equipo humano, muy bien consolidado, aunque lograrlo no ha sido una tarea fácil. Hay que recordar que entre el 30 al 35% del recurso humano hospitalario tuvo que echarse a un lado por cuestiones de edad y de comorbilidad dando lugar a la presencia de voluntarios. Por otra parte, es necesario señalar que en muchos casos no se ha respondido al deontos, al deber de atención a otros pacientes.

Otro tema crucial en el terreno deontológico es el deber de proteger al recurso humano. Todos los profesionales y no profesionales, las personas que atienden a pacientes, deben tener no sólo el equipo de protección

personal, sino todas las facilidades que permitan estar protegidos en su condición de ser el más valioso recurso de toda institución. Todos sabemos que la adquisición de los equipos de protección personal ha sido difícil en un mercado que se aprovechó vergonzosamente de las circunstancias. En el relato del Dr. Alarcón se puede ver cómo algunas personas no han dado la talla en nuestra sociedad.

La confidencialidad de los datos clínicos es poco menos que sagrada y debe protegerse incluso si se trata de proyectos de investigación. De la misma manera –y no debemos rehuir este tema-- la asignación de recursos (de por sí escasos) tiene que ser claramente enfocada: en el caso pediátrico no ha sido un verdadero problema como en los adultos. Es necesario establecer criterios mínimos de asignación de recursos para poder ayudar a pacientes en estado crítico. Las decisiones que conllevan la posibilidad de no iniciar tratamiento o de tener que respetar un tratamiento en marcha, generan conflictos éticos: lo que hay que evitar es llegar al “empecinamiento terapéutico”, carga que es necesario aliviar. Médicos especialistas en Cuidados Intensivos nos han dicho que la no asignación o no delimitamiento de criterios éticos ha sido, de alguna manera, un alivio para ellos al no tener que sujetarse a normas bastante controversiales; precisan que es necesario dejar a los intensivistas en libertad para utilizar su propia iniciativa respecto a la “hora de la decisión”. Es muy importante tomar estas decisiones al interior de un Comité de

Bioética Clínica como el que tiene el Instituto de Salud del Niño o -mejor aún- que la Comisión ad hoc, que se ha conformado bajo la presidencia del Dr. Perales, pueda convertirse posteriormente en una Comisión Nacional de Bioética que conduzca reflexiones permanentes en relación a estos casos.

Finalmente, no solamente deberíamos basarnos en los principios de Beauchamp y Childress, sino también en una suerte de criterio utilitarista que establezca la primacía del mayor bien para el mayor número, pero sin dejar de lado el imperativo categórico kantiano, según el cual debemos obrar de tal manera que nuestra manera de actuar sea universalizable. De este modo, se compensarían de alguna manera estas posibilidades utilitaristas y el deber ético, el deontos. Esto nos conduce al último criterio, el de establecer la oportunidad y extensión del esfuerzo terapéutico, es decir, el momento de decidir que el tratamiento de un paciente no puede continuar, momento en el que debe entrar a tallar, para protagonizar las acciones, la Unidad de Cuidados Paliativos, con la que cuenta también el Instituto de Salud del Niño. En este contexto, es pertinente dejar en claro que el pésimo estado del sistema sanitario de nuestro país nos ha “pasado la factura” y que es imposible seguir adelante, si no tenemos un Sistema Único de Salud que respete la dignidad de las personas y de la población general.

Muchas gracias.