

MEDICINA LEGAL Y FORENSE EN LA PANDEMIA POR COVID-19

FORENSIC MEDICINE IN THE PANDEMIC BY COVID-19

Hernández Gil, A^{1,6}; Villanueva Cañadas, E^{2,6}; Castellano Arroyo, M^{3,6}; Checa González, M^{4,6}; Girela López, E^{5,6}.

¹ Jefe de Servicio de Clínica Forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Jaén

² Catedrático Emérito de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Granada

³ Catedrática extraordinaria de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Alcalá de Henares

⁴ Jefe de Servicio de Clínica Forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Almería

⁵ Profesor Titular de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Córdoba

⁶ Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos

Recibido: 25/07/2021 | Revisado: 29/07/2021 | Aceptado: 08/08/2021

Actual Med. 2021; 106(814). Supl2: 51-59

Revisión

RESUMEN

La pandemia por Covid-19, que ha supuesto un desafío científico de una magnitud desconocida hasta la fecha, alcanzó niveles de exigencia máxima en todos los profesionales sanitarios, no solo desde el punto de vista científico sino también desde la responsabilidad y el compromiso profesional y personal. Al igual que numerosas especialidades médicas, la Medicina Legal y Forense se ha visto directamente implicada por la pandemia, tanto por el elevadísimo número de fallecimientos como por los numerosos conflictos médico-legales y ético-deontológicos suscitados durante la misma. En este artículo revisamos cuestiones relacionadas con la patología forense, entre las que se encuentran la certificación de las defunciones, las autopsias clínicas, los levantamientos de cadáveres y las autopsias judiciales, así como los principales hallazgos de autopsia descritos hasta la fecha. Además, abordamos las repercusiones de la pandemia en otras pericias médico forenses realizadas en el seno de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. La ausencia de una norma taxativa que regulara un procedimiento para poder confirmar o descartar las muertes sospechosas habría evitado el vergonzoso baile de cifras en el número de fallecimientos al que asistimos. En la primera ola de la pandemia se recomendó no realizar autopsias a fallecidos con Covid-19 o con sospecha de dicha enfermedad, especialmente por falta de salas de autopsia adecuadas o ausencia de los debidos medios de protección, cuestión ésta a tener en cuenta por la Administración para subsanarla ante futuros brotes. De igual modo son abordados otros problemas médico-legales y ético-deontológicos que tuvieron respuesta desde el ámbito del Derecho Sanitario y desde las Comisiones de Deontología y Ética de los Colegios de Médicos y del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, como son la consideración de enfermedad profesional, la asignación de recursos no disponibles para todos los pacientes o la violación del secreto médico.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic, which has posed a scientific challenge of a magnitude unknown until now, has reached levels of maximum demand on all health professionals, not only from a scientific point of view but also from a professional and personal responsibility and commitment. Like many medical specialties, Legal and Forensic Medicine has been directly involved in the pandemic, both because of the very high number of deaths and because of the numerous medical-legal and ethical-deontological conflicts that have arisen during the pandemic. In this article we review issues related to forensic pathology, including death certification, clinical autopsies, coroner's inquests and judicial autopsies, as well as the main autopsy findings described to date. In addition, we address the impact of the pandemic on other forensic medical expertise performed within the Institutes of Forensic Medicine and Forensic Sciences. The absence of a strict rule regulating a procedure for confirming or ruling out suspicious deaths would have prevented the shameful fluctuations in the number of deaths that we have witnessed. In the first wave of the pandemic, it was recommended that autopsies should not be carried out on deaths with Covid-19 or suspected Covid-19, especially due to the lack of adequate autopsy rooms or the absence of adequate means of protection, an issue that should be taken into account by the Administration in order to remedy it in the event of future outbreaks. Similarly, other medical-legal and ethical-deontological problems are addressed, which have been dealt with in the field of Health Law and by the Ethics and Deontology Commissions of the Medical Associations and the Andalusian Council of Medical Associations, such as the consideration of an occupational disease, the allocation of resources not available to all patients or the violation of medical confidentiality.

Palabras clave:

Covid-19;
Legal;
Forense;
Autopsia;
Deontología;
Ética.

Keywords:

Covid-19;
Legal,
Forensic,
Autopsy,
Deontology,
Ethics.

Correspondencia

Ángel Hernández Gil

Servicio de Clínica Forense

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Jaén

C. de San Antonio, 5 · 23007 Jaén

E-mail: ahgil69@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La pandemia por Covid-19 ha supuesto un reto profesional sin precedentes y de enorme magnitud para la totalidad de los profesionales sanitarios, que alcanzó niveles de exigencia máxima, no solo desde el punto de vista científico sino también desde el nivel de compromiso y responsabilidad, tanto profesional como personal. En un periodo de tiempo sumamente breve, nos hemos enfrentado a un virus nuevo, con incertidumbres respecto a su comportamiento epidemiológico y de alta contagiosidad, que ocasionó una elevada difusión de su enfermedad, con mayor letalidad que la inicialmente prevista, provocando en muy pocas semanas el temido colapso sanitario.

Al igual que numerosas especialidades médicas, la Medicina Legal y Forense se vio directamente implicada por la pandemia, tanto por el elevadísimo número de fallecimientos como por los diferentes conflictos médico-legales suscitados en la misma.

Entre las cuestiones que se revisan en este artículo relacionadas con la patología forense, se encuentran, la certificación de las defunciones, las autopsias clínicas, la diligencia judicial de levantamiento de cadáveres y las autopsias judiciales, y los principales hallazgos de autopsia descritos hasta la fecha. Además serán abordadas las repercusiones de la pandemia en otras pericias médico forenses realizadas en el seno de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCCFF).

También se citan otros problemas médico-legales y ético-deontológicos que tuvieron respuesta desde el ámbito del Derecho Sanitario, campo de la Medicina Legal y Forense, así como desde las Comisiones de Deontología y Ética y especialmente por la Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM), integrada entre otros por los autores de esta publicación. Durante la pandemia esta Comisión ha tenido una actividad incesante (1) abordando entre otros conflictos la consideración de enfermedad profesional disponibles para todos los pacientes o la violación del secreto médico ante el rechazo e incumplimiento de la indicación de confinamiento. También fueron estudiados conflictos relacionados con las tesis negacionistas, con la administración de vacunas, la emisión de certificados médicos específicos o a la teleasistencia durante la pandemia. Todo ello se trata con mayor brevedad de la deseada, debido a la limitación de extensión del artículo.

CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIONES

Aunque es conocido que las certificaciones de los fallecimientos en el caso de una pandemia -causa de muerte de etiología natural- son competencia de la medicina asistencial, la diversidad de casos existentes durante la primera ola suscitaba importantes dudas. Algunos fa-

llecidos carecían de antecedentes patológicos, otros tenían patología respiratoria compatible con Covid-19 pero sin confirmación analítica de test de laboratorio, y no pocos fallecieron con muerte súbita o sin patología respiratoria grave en el marco de posibles contactos con positivos. En esta situación, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM), publicó un Comunicado que señalaba las directrices para proceder a las Certificaciones de Defunción (2). Contemplaba el documento que debido a la necesidad de contar con los medios adecuados de protección contra los riesgos biológicos y en particular contra la exposición al Covid-19, se debía reducir al mínimo imprescindible los reconocimientos en situaciones de riesgo. Se recordó que se limitara el auxilio de la intervención judicial, y por tanto, la intervención del médico forense, a los casos de muerte violenta o en los que existiera clara sospecha de criminalidad. En el resto de casos, la certificación correspondía a los médicos asistenciales de los Servicios Públicos o Privados de Salud. El documento contempló dos posibilidades: casos de fallecimientos de probable infección por Covid-19 en el medio comunitario sin confirmación analítica, en los que se debía reflejar como causa inicial o fundamental de la Muerte "*Covid-19 No Confirmado o Sospecha de Infección por Coronavirus*"; y casos de Covid-19 confirmado mediante test de laboratorio, en cuyo caso se debía certificar como "*Covid-19 Confirmado*".

Consultados diversos IMLCCFF de España se vio reducida de forma muy significativa la intervención judicial en muertes sin signos de violencia o sin signos claros de sospecha de criminalidad, certificadas por tanto por los servicios sanitarios. No podemos por menos que considerar que esta intervención normativa era necesaria, y lo fue en su justa medida, por cuanto aclara y deja patente la labor del facultativo médico resultando muy positiva. Esperemos que dicha tendencia siga patente tras la actual crisis sanitaria.

Tal y como refieren de modo acertado Teijeira et al. (3), la confirmación de la presencia del SARS-CoV-2 en un fallecido no implica necesariamente que la causa del fallecimiento sea la Covid-19. No es lo mismo morir por Covid-19 que con Covid-19. Resulta necesario una adecuada interpretación de la evolución clínica del paciente fallecido y una meticulosa revisión y estudio de su historia clínica, especialmente cuando coexistan en el fallecido otras concausas susceptibles de provocar la muerte. En este sentido la OMS emitió una guía internacional para la certificación de la Covid-19 (4) diferenciando casos confirmados mediante estudio analítico y casos sin test confirmatorios, denominados probables o sospechosos, basados en criterios clínicos o epidemiológicos. Entre los casos probables estaban fallecidos con enfermedad respiratoria aguda sin otras etiologías que explicaran la presentación clínica, con historial de viaje o residencia en países que informaron de la transmisión local del virus, o que estuvieron en contacto con casos confirmados o probables de Covid-19

o que precisaron de hospitalización. Definió los casos sospechosos aquellos probables con pruebas de laboratorio no concluyentes.

No obstante, consideramos que debería haber sido necesaria una intervención de la Administración Central, dado el Estado de Alarma decretado. No se trataba de que regulara cómo certificar la muerte, sino que reglamentara de forma expresa y excepcional la consideración de muertes Covid-19 como confirmadas o sospechosas e incluso regulara un procedimiento para poder confirmar o descartar las muertes sospechosas e igualmente contabilizar las indirectas. Una taxativa norma al efecto seguramente hubiera evitado el lamentable y vergonzoso baile de cifras al que asistimos.

AUTOPSIAS CLÍNICAS

Una de las principales críticas a la Medicina Legal y Forense durante la pandemia fue el escaso número de autopsias realizadas. Ante tal hecho, se debe considerar que la realización de autopsias clínicas es competencia de los Servicios de Anatomía Patológica Hospitalaria (5), no siendo competentes los Servicios de Patología Forense (SPF) de los IMLCCFF. Ahora bien, es un hecho que desde hace ya varias décadas, las autopsias clínicas disminuyeron drásticamente, siendo una de las razones el aumento de denuncias por malpraxis basado en el Informe de autopsia realizado por Anatomía Patológica; así se derivaron a los SPF, hasta alcanzar las muertes naturales aproximadamente un 50% de todas las autopsias. Es evidente la deficiencia del sistema, pues la autopsia clínica es parte fundamental en el impulso científico de la Medicina, por cuanto aporta información crucial sobre el resultado letal de la enfermedad y su fisiopatología, y en consecuencia, información relevante sobre la efectividad de las terapias. Al realizarse muy pocas autopsias clínicas, existe una debilitación estructural del sistema a nivel de medios, concretamente salas de autopsias preparadas a tal fin, siendo directamente proporcional a ello la paulatina modernización de las instalaciones de los SPF.

En la redacción de la normativa que recomendaba la realización de autopsias clínicas durante la pandemia, es quizás donde más evidente se hizo la burocratización sanitaria en España, entendiéndose por ello la intervención normativa pero con deficiente o más que deficiente resultado y sin una debida justificación, por más que quiera haberse dado. El Ministerio de Sanidad en el documento “Procedimiento para manejo de cadáveres de casos de COVID-19”, (6) con el aval de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) (7) recomendó en el caso de fallecidos con Covid-19 confirmado no realizar la autopsia por el riesgo biológico de contagio para los ejecutores de la misma y por el riesgo de propagación del virus. La SEAP alegó varias razones sobre la no realización de autopsias clínicas: clima de alarma social; limitación

de EPIs, destinados en su mayoría a personal asistencial: riesgo de propagación del virus debido a los procedimientos propios de la autopsia; escasez de salas de autopsia con niveles de seguridad BSL3 o similar (sólo existían en 5 hospitales españoles); adscripción de personal de Servicios de Anatomía Patológica a otras unidades hospitalarias. Posteriormente se dio un giro a la decisión inicial, y en fecha 26/05/2020, de nuevo con el aval de la SEAP, alegando que “una vez mejorada la situación de nuestros hospitales y siempre con la protección adecuada y los niveles de bioseguridad de las salas de autopsia requeridos” ya si se recomendaba realizar las autopsias clínicas a fallecidos con Covid-19 con indicación clínica adecuada. Consideramos que la decisión adoptada inicialmente fue un craso error sin justificación científica, ética ni deontológica. El riesgo alegado no era superior al existente en urgencias, Medicina Interna, Neumología o UCIs y resultaba trascendental conocer la fisiopatología de la enfermedad.

LEVANTAMIENTO DE CADÁVERES Y AUTOPSIAS JUDICIALES

La intervención médico forense ante muertes en ausencia de violencia o sin clara sospecha de criminalidad se vio reducida de forma muy significativa, siendo por tanto certificadas por los servicios sanitarios. Las muertes violentas o sospechosas de criminalidad en la fase inicial de la pandemia también se vieron reducidas significativamente, lógica consecuencia del confinamiento, siendo entre ellas la principal etiología la suicida, con descenso notable de muertes accidentales y homicidas.

La intervención médico forense en levantamientos y autopsias judiciales también sufrió cierta burocratización, que por otro lado, no afectó la labor pericial y de investigación de los Médicos Forenses y su independencia normativamente regulada.

La Sociedad Española de Patología Forense (SEPF), publicó el 20/03/2020 un documento “Recomendaciones actuación médico forense en el levantamiento del cadáver y autopsias médico-legales ante la situación de pandemia generada por el Covid-19” (8), que abordaba el levantamiento del cadáver, y establecía que en caso de muertes naturales sin signos de violencia se evitara el traslado del cadáver al SPF y dictaminara la causa y circunstancias de la muerte acogiéndose el médico forense al artículo 778.4 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECRIM) (9). De igual modo aconsejaba importantes limitaciones en la práctica de la autopsia en el caso de muertes con signos de violencia o sospechosas de criminalidad en casos en investigación, probables o confirmados de infección por coronavirus. En idéntico sentido se pronunciaron tanto el Consejo Médico Forense (10), Comité Científico del Ministerio de Justicia, como el propio Ministerio de Justicia (11). En fecha 1/06/2020 la SEPF cambiaron de modo asombro-

so las anteriores recomendaciones, aconsejando remitir todos los cadáveres judiciales a los SPF y la práctica de autopsias, considerando solo unas semanas después que la autopsia judicial es indispensable e irrenunciable y que esta tiene una dimensión epidemiológica, preventiva y de salud pública no menos importante que la judicial, con implicaciones esenciales en el ámbito social y familiar de las personas fallecidas, e indudable aportación en el abordaje multidisciplinar de la muerte súbita cardiaca, muertes tóxicas, infecciosas y suicidios.

Debemos considerar que en la primera ola de la pandemia la práctica de autopsias se vio reducida drásticamente en muchos IMLCCFF ante la falta de medios de protección e instalaciones adecuadas. Ello nos situó en un escenario preocupante ante el cual es precisa una autocrítica para que la patología forense asuma las responsabilidades que le corresponden ante las medidas de seguridad laboral necesarias. De acuerdo a las recomendaciones del Comité Internacional de la Cruz Roja (12) *“el manejo de los fallecidos en la situación de pandemia por el Covid-19 no debe impedir la adecuada investigación médico-legal de la muerte, cuando sea requerida por las autoridades (p.ej. muertes sospechosas, muertes en custodia, etc.); aunque, como es obvio, se deben tomar precauciones adicionales especiales para proteger la salud y garantizar la seguridad de todas las personas que intervienen en el proceso de manejo del cadáver, incluyendo a los empleados de las empresas funerarias”*.

La responsabilidad de fortalecer las capacidades de respuesta forense en el trabajo diario y ante situaciones de emergencia y de sucesos de víctimas atañe al Ministerio de Justicia y a las Administraciones Autonómicas (IMLCCFF) e incluso al Comité Científico-Técnico del Consejo Médico Forense en su labor de asesoramiento. A ellos les corresponde adoptar las medidas oportunas destinadas a: garantizar la seguridad laboral de los médicos forenses, auxiliares y técnicos de autopsia, así como del resto de personal de los IMLCCFF; minimizar al máximo posible el riesgo de contagio y de contaminación ambiental; homogeneizar en la medida de lo posible la práctica de autopsias, la cual debe ajustarse a las condiciones de cada IMLCCFF; y preparar al sistema forense para una gestión adecuada del escenario postpandemia, de un más que probable rebrote epidemiológico o de la posible aparición de nuevas enfermedades emergentes.

HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN FALLECIDOS POR COVID-19

La práctica de autopsias en fallecidos por Covid-19 durante la pandemia ha sido muy reducida, al igual que las series publicadas hasta la fecha. Bañón y cols. (13) en una revisión de los principales hallazgos patológicos señalan los pulmones como principales órganos diana. Macroscópicamente se muestran com-

pactos, de mayor peso, edematosos, con zonas hemorrágicas y pardo grisáceas de consolidación y ocasionalmente trombosis en arterias periféricas (14). A nivel microscópico se constata daño alveolar difuso, membranas hialinas, hiperplasia y descamación de neumocitos. Los tabiques interalveolares se muestran ampliados con infiltrado inflamatorio linfocitario asociándose a lesiones típicas de microangiopatía trombótica. Tanto Ackermann et al. (15) como Pachar et al. (16) describieron como hallazgos especialmente característicos y distintivos en pulmón la presencia de endotelialitis, trombosis y angiogénesis.

Especial mención merece el daño a nivel del endotelio –infiltrado inflamatorio y apoptosis- (17), habiéndose descrito lesiones en corazón, pulmón, hígado, riñón, e intestino delgado. Este daño endotelial progresa a daños isquémicos, edema tisular y estados de procoagulación.

Otros órganos afectados descritos (18) son el hígado (esteatosis), bazo (depleción linfocitaria), células parenquimatosas (degeneración y necrosis) y vasos pequeños (trombos hialinos).

OTRAS REPERCUSIONES MÉDICO FORENSES

Entre otras consecuencias apreciadas en el funcionamiento de los IMLCCFF durante la pandemia en el ámbito de la clínica forense, se pueden destacar los siguientes hechos (19):

- La asistencia a víctimas de lesiones sufrió un importante descenso durante el confinamiento, las actuaciones se desplazaron sobre sujetos en actitudes de rebeldía ante las normas de confinamiento, sobre agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y en conflictos familiares.
- La atención a víctimas en Juzgados de Violencia sobre la Mujer no sufrió variaciones significativas, aunque dado el descenso en otras víctimas supuso un incremento relativo. Es muy probable que las lesiones atendidas pudieran tener más una base de violencia en conflicto de pareja que de violencia de dominio, pues lamentablemente podemos considerar que el confinamiento es un “ambiente propicio para el dominante”, pues es del todo favorable al control, ya que “el dominante no se debe esforzar en mantener un control de la mujer” que ya viene dado por el propio confinamiento.
- La emisión de informes médico forenses de valoración del daño corporal en el ámbito jurídico civil, laboral y contencioso-administrativo realizada a víctimas de accidentes de tráfico y de otras causas (accidentes de trabajo y accidentes fortuitos) sufrió una absoluta paralización durante la primera fase de la pandemia, debido a las medidas adoptadas por parte del Ministerio de Justicia (20).

- Respecto a los internamientos involuntarios urgentes en Unidades de Salud Mental los datos consultados no ofrecen resultados significativos. Sí se aprecia un ligero incremento de internamientos ocasionados por descompensación de trastornos psicóticos y depresivos, cuya causa más probable es la falta de control periódica de la enfermedad mental derivado de las medidas destinadas a la atención prioritaria de enfermos Covid-19.
- La valoración de presuntas incapacidades civiles en la fase inicial de la pandemia se paralizó dada la suspensión de juicios civiles (20).

VALORACIÓN MÉDICO LEGAL EN EL ÁMBITO LABORAL

Numerosos profesionales sanitarios durante la pandemia trabajaron en la primera ola sin los medios de protección (EPIs) necesarios y exigibles en derecho (21), lo que motivó numerosos contagios y fallecidos. Los médicos como trabajadores tienen reconocido el derecho a la protección de la salud, a su seguridad y a su vida. La infección por Covid-19 reúne los criterios médicos y legales para ser considerado un riesgo biológico de consecuencias graves e incluso mortales, por lo que legalmente se debe considerar enfermedad profesional (EP), a todos los efectos previstos en la legislación laboral española. Las decisiones legislativas que se produjeron a lo largo de la evolución de la pandemia, *Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2, de 8 de junio de 2020*, (22) no reconocieron inicialmente este derecho, recurriendo a calificaciones inadmisibles (enfermedad común, pero con tratamiento económico de accidente de trabajo; accidente de trabajo pero limitando las fechas del contagio, etc.).

La Comisión de Deontología y Ética del CACM consideró desde el inicio que el contagio por Covid-19 en la actividad asistencial cumplía todos los criterios previstos para calificar estos cuadros clínicos como EP, y así fue debidamente publicado (23), hecho que finalmente fue reconocido por el Gobierno como no podía ser de otra forma.

Los Colegios Profesionales y la Organización Médica Colegial (CGCOM), prestaron todo su apoyo a los médicos víctimas de la infección para el reconocimiento y la protección de los derechos de todos los que han perdido la vida, o han padecido la enfermedad y las secuelas que se siguen describiendo a día de hoy. El Código de Deontología Médica (CDM) (24), en sus artículos 5 y 6 recoge el espíritu hipocrático que sigue guiando a la profesión médica: la aceptación del riesgo desde la generosidad y la entrega; aunque traspasar el límite de lo heroico, esto es, exponer tu propia vida atendiendo al paciente sin los medios de protección legalmente exigibles, debe ser una decisión exclusivamente personal (25). En la asistencia médica vivida durante la etapa

álgida de la pandemia, en numerosos lugares y centros se ha llegado con frecuencia a situaciones de auténtico heroísmo, lo que debe ser reconocido, al menos en los términos que dice la Ley. Sería hermoso que, además, se pusieran de manifiesto acciones administrativas que mejoren situaciones mantenidas de precariedad, y sentimientos de respeto y agradecimiento (26).

ASIGNACIÓN DE RECURSOS NO DISPONIBLES

Durante la asistencia sanitaria en la pandemia, se llegaron a plantear conflictos éticos, deontológicos y legales de muy difícil solución. Las cuestiones éticas, cada uno las resolvió según sus convicciones morales, que son plurales e individuales; pero las deontológicas, son iguales para todos los médicos y su única guía es el CDM (24), que no olvidemos es coactivo.

En algunas Comunidades Autónomas, los médicos recibieron, si no órdenes, sí recomendaciones o guías de actuación (27), que aconsejaban no derivar pacientes hacia los hospitales y dentro de los hospitales, de no derivarlos a las UCIS. Ello suponía, de una parte, limitar las competencias y autonomía del médico en unos casos y, en otros, imponer una jerarquía, que no siempre estaría justificada, al interferir en la lealtad debida al paciente. Esta norma, lealtad al paciente, en principio, no tendría otra limitación más que cuando de mantenerla a ultranza, ocasionara un daño a terceros o al bien común. De inmediato surge la necesidad de ponderar esos daños: paciente versus terceros, ¿cuál es el bien común? Aquí radica el problema deontológico, porque cuando se le prohíbe al médico derivar a un paciente al hospital, se hace en aras de preservar el bien común o el mejor derecho de un tercero. Para la solución de este problema, que podría transformarse en dilema, tenemos dos instrumentos: lo establecido en las normas legales y el dictado de nuestra conciencia (28).

La ley común sirve, naturalmente, pero no siempre. No todo lo que se presenta como un derecho realmente lo es, ni tampoco la ley agota el ideal de justicia del ser racional. La ética y la moral son distintas al derecho, son más amplias en sus contenidos y no pueden agotarse en un catálogo de normas, aunque en su tabla de valores ha de dejar un lugar preferente para el derecho. ¿Qué habría encontrado un médico de la UVI o de urgencias, si consultaba el CDM, esperando tener la solución al conflicto de cómo se adscriben los recursos, cuando son limitados, o mejor dicho, racionados?

Por un lado el artículo 5.3 del CDM establece *que la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia* y el artículo 5.2 *que debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna*, entre otras la edad. Las dudas que podría plantear el alcance de la misma diligen-

cia, lo resuelve el artículo 36.1.- *El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.* 2.- *El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinados.* Entendemos que el CDM (29) en este artículo nos marca cual ha de ser el criterio para emprender un tipo de tratamiento u otro, pero siempre ha de haber un cuidado, con la misma intensidad en la diligencia, en la calidad asistencial y en el compromiso. Por eso en ningún caso estaría justificado abandonar al paciente a su suerte, a cuidados de segunda categoría o confiados a la familia.

Ahora bien, no podemos obviar que el artículo 5.1 del CDM establece que la profesión médica también está al servicio de la sociedad. El bien común tiene que ser un objetivo del médico y a veces el cumplir con este objetivo va en detrimento de los intereses del propio enfermo. Ningún derecho es absoluto y cuando los derechos están en pugna habrá que buscar la fórmula que produciendo los menores daños encuentre los máximos beneficios: ¡principio de beneficencia en estado puro! La solución suele estar en los cursos intermedios, no en las posiciones extremas, pero para encontrarlos hace falta información y reflexión. Ello planteaba un conflicto de lealtades que el CDM resuelve de modo prístino: ¡el enfermo ante todo!

Ante el problema de jerarquización de los principios éticos y la adjudicación de recursos no disponibles para todos los pacientes, hay una cosa clara, la solución de este problema no se puede abordar con protocolos al estilo de los que rigen en la asistencia clínica (30). La aplicación del principio de beneficencia, aún hoy, corresponde al médico que en ese momento asiste al paciente y ocupa la posición de garante, pero ello podría tener el grave riesgo de introducir una subjetividad grande en la solución, que llevaría a la vulneración del principio de justicia, jerárquicamente por delante del de beneficencia. Un caso paradigmático sería lo que se hizo con el caso del político italiano (31): quitarle un ventilador a un paciente para dárselo a otro es inaceptable desde todos los puntos de vista, porque si se le aplicó al primer paciente era porque clínicamente estaba indicado y no estábamos ante remedios excepcionales.

En cualquier caso, se debe seguir el árbol de decisión más comúnmente aceptado para resolver cuestiones éticas en el ámbito médico (32). Deben ser identificados los problemas, realizar un juicio clínico, médico-legal y ético-deontológico. Posteriormente plantear los diferentes cursos intermedios y reflexionar sobre los dilemas existentes para llegar finalmente a la solución.

Es esencial enfocar el problema desde el punto de vista clínico. Porque aquello que es científicamente correcto lo suele ser también éticamente. Un examen clínico exhaustivo, empleando la metodología clínica, nos resolverá el 80 % de los casos. Es difícil que un problema clínico no tenga alternativas viables. En este punto los protocolos que se han propuesto como triaje son correctos, pero siempre que sean orientativos y los apliquen personas expertas, que nunca tendrán menos preparación que el especialista que lo haría, en un hospital, para declarar si el paciente debe o no ingresar en una UCI. Está clara la dificultad de esta propuesta, pero cuando está en juego un derecho tan fundamental como es la vida de una persona, no se puede confiar a personas de distinta cualificación profesional. Aquí radica el cumplimiento del principio de justicia. Posteriormente, la solución que nos propone la clínica habrá que someterla al juicio médico legal. ¿Lo que se nos propone es legal? Cuando se actúa es necesario saber si la propuesta se adecua a la ley y que preceptos vulnera. Por encima de la norma hay otra ley moral a la que podemos ajustar nuestra conducta, pero siendo conscientes de que estamos vulnerando una ley, que nos obliga y podemos ser castigados por ello. La objeción de conciencia, es a la ética lo que la cirugía a la medicina: el último recurso al que acudir cuando no existe una solución menos traumática. Finalmente habrá que someterse a un juicio ético-deontológico. El CDM nos obliga en tanto que médicos colegiados. Vale decir lo mismo que para la ley común.

Tras la pandemia cabe formularse esta pregunta ¿responde el Código a todas las preguntas que nos hemos formulado en estos tiempos de zozobra? Los problemas admiten cursos intermedios, hay una amplia gama de grises, antes de llegar al dilema. Si llegamos a este punto, sin una resolución del problema, habrá que tomar una decisión siguiendo una orientación ética (30). Según los criterios que nos guíen unas serán más personalistas y otras más utilitaristas. El criterio utilitarista no está preestablecido; parte del principio de que el hombre no es un fin en sí mismo y por tanto el fin justifica los medios. En cada caso se actuará de un modo, según el beneficio que produzca la acción. Algunas corrientes modernas oponen a la ética principialista la casuística. La orientación deontológica, que parte del principio Kantiano, dice que el hombre es un fin en sí mismo, sí que tiene una jerarquización de los principios a priori, que Rawls establece así. Rawls acude a un criterio lexicográfico de aplicación automática: 1. El principio de máxima libertad equitativa: la autonomía. El individuo decide. 2. Justa igualdad de oportunidades, justicia equitativa, a todos se les pone en la misma línea de salida. Nadie es rechazado a priori. 3. De las diferencias: las desigualdades sociales y económicas han de resolverse de tal modo que produzcan el máximo beneficio para todos, principio de beneficencia. El recurso se aplicará allí donde produzca el máximo beneficio. Es obvio que, en la adjudicación de

recursos, se analizarán y, por este orden, todos los principios a aplicar. El principio de autonomía no entrará en juego, pero sí el de justicia, que es el que con frecuencia ha sido vulnerado, durante la pandemia, invocando un nuevo concepto de justicia, que se asemeja al de beneficencia. Todo individuo tiene derecho a que su caso sea analizado en pie de igualdad con los otros. Nadie puede ser desahuciado sin ser oído y explorado. Han existido recomendaciones que establecían que las personas mayores de 80 años no deberían ser remitidas al Hospital. ¡Vulneración flagrante del principio de justicia rawlsiano! El principio de beneficencia debería aplicarse según los criterios que rigen limitar el esfuerzo terapéutico y nada más. No se debería aceptar otro protocolo que no sea este, que por otra parte, está bien asimilado por los médicos. Llegado a este punto se aplicará la sedación siempre sometida a los criterios desarrollados por la SECPAL y el CDM.

Como conclusión, en el caso de que el médico se viese en la necesidad de una lealtad compartida, entre el interés individual y el colectivo, regirá siempre la lealtad hacia su paciente. Será lícita la desobediencia a órdenes injustas o arbitrarias, dictadas al amparo de posiciones ideológicas. En todo caso se respetará la objeción de conciencia de aquel médico que entienda que, de obedecer una determinada orden, se produciría un daño irreparable para su paciente o para sus convicciones éticas y deontológicas. Ante la disyuntiva de aplicar recursos limitados, en los que una desmedida lealtad al paciente pueda provocar daños a terceros, siempre primará un análisis personalísimo del caso en el que deberá acudir a la interpretación de los principios éticos: autonomía, justicia y beneficencia, y se harán a luz del Código de Deontología. El principio de justicia, entendido como justa igualdad de oportunidades, deberá respetarse, como paso previo a la aplicación del principio de beneficencia, que será administrado por el médico que trata al paciente. Al ser casos de consideración individual y personal, no tendrán cabida los protocolos de orden general, que ahora más que nunca deben ser meramente orientativos.

SECRETO Y CONFIDENCIALIDAD

Se ha podido constatar que durante la pandemia se ha vulnerado claramente el derecho fundamental a la intimidad, no siempre de forma justificada ni proporcional (30). Han sido numerosas veces las que se ha realizado el anuncio público e indiscriminado de la sospecha o confirmación de casos Covid. Hemos visto como en medios de comunicación se daban nombres y apellidos de personas infectadas por SARS-CoV-2: políticos, famosos, deportistas profesionales, etc. Se han proporcionado datos de confinamientos selectivos, concretándose en los medios de comunicación puntual información y detalles de localización, ocupantes y circunstancias personales

acompañado por si no fuera suficiente para identificar a tales inquilinos, de imágenes grabadas. La situación de contagiado, confinado, o simplemente de ser persona de riesgo de haberlo contraído, ha dado lugar también incluso a estigmatización de determinadas personas (33).

El artículo 7 de la Ley de Autonomía del Paciente (34) regula que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por Ley. Por otra parte, la LO 3/1986 de Medidas especiales en Materia de Salud Pública (35), solo ampara que la “autoridad sanitaria” para controlar enfermedades transmisibles puede adoptar las medidas oportunas para el control de enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible. Ello puede implicar, desde luego, el control del paciente, el control de los contactos y convivientes del paciente (que en este caso pueden tener conocimiento de la persona infectada con la que han mantenido contacto) y las medidas obligatorias de aislamiento o cuarentena, que en ocasiones extremas se pueden imponer incluso contra la voluntad del afectado. No obstante, ni siquiera a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado se les deben proporcionar los datos médicos confidenciales de estos pacientes, aun cuando estas sean las encargadas de vigilar que se cumple dicho aislamiento.

La Comisión de Deontología del CACM elaboró un informe titulado “*Consideraciones sobre la obligación legal y el deber ético y deontológico de comunicar a miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado la existencia o no de indicación de confinamiento durante la pandemia por COVID-19*” (36), trasladando que en situaciones de urgencia donde se ponga en riesgo la Salud Pública, el canal de transmisión de los datos clínicos, protegidos por el deber de secreto, debería ser: comunicación del facultativo a la Administración de Justicia del incumplimiento de la indicación médica y del riesgo de daño para los ciudadanos; y será la autoridad judicial, la que ordene a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado la localización del paciente y la ejecución de las medidas sanitarias que estén previstas, incluso con ingreso hospitalario. Si fuera posible, el médico debe limitarse, cuando la solicitud es judicial y sin mediar delito, a la indicación de aislamiento y confinamiento domiciliario u hospitalario, y al período de duración establecido, dejando constancia de ello en la historia clínica. El médico en modo alguno puede revelar el secreto médico sin la debida autorización judicial. Aun en situaciones de emergencia por una pandemia no está justificado desvelar los datos de los pacientes infectados, salvo a las autoridades sanitarias y únicamente para que se puedan tomar medidas de salud pública que limiten los contagios al resto de la población.

CONCLUSIONES

La pandemia por Covid-19, ocasionada por un virus desconocido, de elevada contagiosidad, fisiopatología compleja, en algunas situaciones aún confusa, capaz de ocasionar cuadros clínicos sumamente diversos, y de elevada letalidad, ha supuesto un reto de una magnitud sin precedentes en el campo de la medicina. Todas las especialidades médicas se han visto plenamente afectadas, alcanzando niveles de exigencia máxima, tanto a nivel científico como en el plano del compromiso y responsabilidad, suscitándose nuevas cuestiones y problemas epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, terapéuticos, médico-legales y ético-deontológicos. La comunidad científica tiene ahora el deber y la responsabilidad de transformar el drama en fuente de conocimientos que contribuya directamente en una mejor organización asistencial y en los mayores beneficios para los pacientes y la sociedad a la que nos debemos y servimos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegio de Médicos. "Análisis de la gestión de la crisis del Covid-19 desde la Ética y Deontología". [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: <https://cacm.es/wp-content/uploads/2020/08/INFORME-COVID-CATEGORIA-MAIMONIDES-31.08.2020-BC.pdf>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Comunicado del CGCOM sobre las certificaciones de defunción en general y en los casos de Covid-19. [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/n.p._certificaciones_de_defuncion.28032020.pdf
- Teijeira-Alvarez R, León-Sanz MP, Herranz SC, Floristán Y, Salazar-Lozano MI, Moreno-Iribas MC. La certificación de la defunción de casos de COVID-19 en España. *Rev Esp Med Legal*. 2020; 46: 101-8. International guidelines for certification and classification (coding) of COVID-19 as cause of death [consultado 22 Sep 2021]. Disponible en: https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf.
- Ley 29/1980, de 21 de junio, de autopsias clínicas. BOE• núm. 154, de 27 de junio de 1980.
- Ministerio de Sanidad. Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19. [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_cadaveres_COVID-19.pdf
- Sociedad Española de Anatomía Patológica. Actualización sobre el estudio autopsico en la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.seap.es/documents/10157/1811351/actualizacion+COVID+SEAP+30-3-2020.pdf/84c27fe0-e141-4d1c-925a-1301e7dd6653>
- Sociedad Española de Patología Forense. Recomendaciones actuación médico forense en el levantamiento de cadáver y autopsias médico legales ante la situación de pandemia generada por el COVID-19. (Versión 1.1; 01.06.2020) [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: http://sepaf.es/documentos/protocolos/recomendaciones_sepaf_1.1.pdf
- Ley de Enjuiciamiento Criminal, promulgada por Real Decreto de fecha 14 de septiembre de 1882. (Modificaciones introducidas por Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio, por Ley Orgánica 7/2002 de 5 de julio y por Ley 41/2015, de 5 de octubre, de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal para la agilización de la justicia penal y el fortalecimiento de las garantías procesales. BOE nº 239 del 6 de octubre de 2015.
- Consejo Médico Forense. Comité Científico Técnico. Recomendaciones del Consejo Médico Forense con motivo de la pandemia del Covid-19. [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: https://www.mjusticia.gob.es/es/ElMinisterio/OrganismosMinisterio/Documents/1292430900105-Recomendaciones_del_Consejo_Medico_Forense_con_motivo_de_la_pandemia_de_COVID19.PDF
- Ministerio de Justicia. Resolución de medidas específicas de seguridad laboral durante la pandemia COVID-19 para los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses y el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses y para otras actividades de riesgo o bajo riesgo en la Administración de Justicia. [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: <https://ficheros.mjusticia.gob.es/aviso/RESOLUCION%20SEJ-ESQUEMA%20SEGURIDAD%20LABORAL%20IMLCF-INTCF%20COVID-19-Firmado.pdf>.
- O. Finegan, S. Fonseca, P. Guyomarc'h, M.D. Morcillomendez, J. Rodríguez González, M. Tidball-Binz, K.A. Winter, Icrc Advisory. upon the Management of COVID-19 Related Fatalities, International Committee of the Red Cross(ICRC): General Guidance for the Management of the Dead Related to COVID-19, *Forensic ScienceInternational: Synergy*, <https://doi.org/10.1016/j.fsisyn.2020.03.007>.
- Bañón-González R, Carnicero Cáceres S, Suarez-Mier MP, Díaz FJ. Autopsias en casos sospechosos de SARS-CoV-2. *Rev Esp Med Legal*. 2020; 46:93-100.
- Carsana L, Sonzogni A, Nasr A, et al. Pulmonary post-mortem findings in a large series of COVID-19 cases from Northern Italy. *medRxiv*. 2020 [consultado 1 May 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2020.04.19.20054262>.
- Ackermann M, Verleden SE, Kuehnel M, Haverich A, Welte T, et al. Pulmonary Vascular Endothelialitis, Thrombosis, and Angiogenesis in Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 383:120-128. DOI: 10.1056/NEJMoa2015432
- Pachar JV, Rodríguez GD, Pachar MR, Saldaña LY, López-Verges S. Hallazgos pulmonares en un caso de muerte inesperada por infección de COVID-19. *Rev Esp Med Legal*. 2021; 47: 41-44
- Varga Z, Flammer AJ, Steiger P, Haberecker M, Andermatt R, Zinkernagel AS, et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. *Lancet*. 2020; 395: 1417-8.

17. Yao XH, Li TY, He ZC, Ping YF, Liu HW, Yu SC, et al. [A pathological report of three COVID-19 cases by minimally invasive autopsies] Chinese. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi*. 2020; 49: E009, <http://dx.doi.org/10.3760/cma.j.cn112151-20200312-00193>.
18. Checa González, M. Cuestiones médico legales: la burocracia durante la pandemia. [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: <https://cacm.es/wp-content/uploads/2020/08/INFORME-COVID-CATEDRA-MAIMONIDES-31.08.2020-BC.pdf>
19. Real Decreto-Ley 16/2020, de 28 de abril, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19 en el ámbito de la Administración de Justicia. [Internet]. 2021. [consultado 18 sep 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/04/29/pdfs/BOEA-2020-4705.pdf>.
20. Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10/11/1995.
21. Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2, de 8 de junio de 2020. [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/PrevencionRLL_COVID-19.pdf
22. Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegio de Médicos. Protocolo para complementar documentos médico legales de personal sanitario afectado por Covid-19. [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: <https://cacm.es/wp-content/uploads/2020/05/PROTOCOLO-DOCUMENTOS-MEDICO-LEGALES-PERSONAL-SANITARIO-AFECTADO-POR-COVID19-25.04.2020.pdf>
23. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. 2011. [Internet]. 2021. [consultado 22 Sep 2021]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
24. Comisión de Deontología y Ética del Consejo Andaluz de Colegio de Médicos. Cómo actuar ante la falta de medidas de protección en la pandemia por Covid-19. [Internet]. 2021. [Consultado 21 Sep 2021]. <https://cacm.es/wp-content/uploads/2020/03/INFORME-CACM-FALTA-MEDIOS-COVID19-27.03.2020.pdf>
25. Castellano Arroyo, M. Los profesionales sanitarios, trabajadores ante el COVID-19. [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: <https://cacm.es/wp-content/uploads/2020/08/INFORME-COVID-CATEDRA-MAIMONIDES-31.08.2020-BC.pdf>
26. Recomanacions per suport a les decisions de limitació d'esforç terapèutic (let) per pacients amb sospita de covid-19 i insuficiència respiratòria aguda (ira) hipoxèmica. Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM 24 de març de 2020 Catalunya.
27. Villanueva Cañadas, E. Asignación de recursos no disponibles: la tentación está en los protocolos. [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: <https://cacm.es/wp-content/uploads/2020/08/INFORME-COVID-CATEDRA-MAIMONIDES-31.08.2020-BC.pdf>
28. Herranz Rodríguez G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. EUNSA. Ed. Universidad de Navarra / 978-84-313-1182-7.
29. Hernández Gil, A. Repercusión de la gestión sanitaria del Covid-19 sobre los derechos fundamentales de los pacientes. [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: <https://cacm.es/wp-content/uploads/2020/08/INFORME-COVID-CATEDRA-MAIMONIDES-31.08.2020-BC.pdf>
30. El Mundo. Salud. El político italiano que sobrevivió al coronavirus: "Me he salvado gracias al oxígeno que le quitaron a un hombre de 84 años". 04/06/2020. [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/06/04/5ed8d167fdddfda998b4661.html>
31. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema Universidad, 1991.
32. Girela López, E. Confidencialidad y secreto durante la Pandemia por SARS-CoV-2. [Internet]. 2021. [Consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: <https://cacm.es/wp-content/uploads/2020/08/INFORME-COVID-MAIMONIDES-31.08.2020-BC.pdf>
33. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 de 15-11-2002.
34. 35. LO 3/1986, de 14 de abril, de Medidas especiales en Materia de Salud Pública. BOE núm. 102, de 29/04/1986.
35. Comisión de Ética y Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. "Consideraciones sobre la obligación legal y el deber ético y deontológico de comunicar a miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado la existencia o no de indicación de confinamiento durante la pandemia por COVID-19". Sevilla, 1 de junio de 2020.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Hernández Gil A, Villanueva Cañadas E, Castellano Arroyo M, Checa González M, Girela López E. Medicina legal y forense en la pandemia por COVID-19. *Actual Med*. 2021; 106(814). Supl2: 51-59