

Nuestro objetivo

La bioética es una disciplina que ha ido cobrando una importancia creciente a lo largo de las últimas décadas.

Reflexionar seriamente sobre temas que afectan a la vida y la salud de las personas supone no sólo un reto intelectual, sino un compromiso de responsabilidad con nuestro tiempo y con la sociedad. De ahí que la labor de formación y de investigación en bioética sea una tarea necesaria y apasionante.

La bioética se ha convertido en muchos casos en lugar de defensa de posturas radicales que, lejos de ejercer una labor de argumentación y decisión prudente, conducen a la condena y al desprecio de las opiniones diferentes.

El objetivo de esta revista es contribuir a la difusión y el desarrollo de la bioética, desde una perspectiva plural, abierta y deliberativa. En la que las opiniones valen por la fuerza de los argumentos que aportan. En la que se escuchan todas las posiciones y se valoran las aportaciones de las diversas aproximaciones y enfoques a las cuestiones. En la que no se buscan verdades absolutas, sino un ejercicio de prudencia, de responsabilidad, de reflexión, de auténtica deliberación.

en este número

Monográfico Pandemia COVID-19:

Vulnerabilidad

Cincuenta años después

Expertos ante la pandemia

Lecciones de ética

Orientaciones ético-médicas

Desigualdades sociales y sanitarias

Héroes de la salud

Lenguaje y COVID-19

Afrontar la muerte

Pandemias en el cine

Caso Clínico Comentado

Bioética Complutense

Bioética Complutense es una revista dedicada a temas de Bioética, con amplitud de perspectivas, disciplinas y enfoques, elaborada desde la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España.

ISSN: 2445-0812

Publicación semestral.

Directora

D^a. Lydia Feito Grande

Consejo de redacción

D. Tomás Domingo Moratalla

Las opiniones expresadas en esta revista son responsabilidad exclusiva de sus autores y en ningún caso expresan la posición de los editores ni de la Universidad Complutense.

Bioética Complutense is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Para sugerencias, aportaciones, opiniones, o cualquier comentario, contactar con:
bioeticacomplutense@gmail.com



Editorial	p.1
Artículos	
• La vulnerabilidad ante la pandemia – L. Feito	p.2
• Cincuenta años después – D. Gracia	p.5
• La pandemia de COVID-19 vista por los expertos en bioética – J.P. Beca, V. Camps, J. Fins, H. Ten Have, F. De Montalvo, J. Savulescu	p.7
• Lecciones de ética aprendidas y lecciones restantes de la última crisis mundial de salud pública: Ébola y COVID-19 – L. Lee	p.29
• Orientaciones ético-médicas para la atención de pacientes críticos en contexto de pandemia por COVID-19 – D. Aurenque, R.M. Espinosa, J.A. Lecaros, D. Loewe, R. Villaroel	p. 34
• ¿La salud de quién estamos defendiendo? Desigualdades sociales y sanitarias en tiempo de pandemia – Grupo de trabajo Ética y COVID (Euskadi) - ABFYC	p.41
• “Héroes de la salud”: la romantización de la precariedad y el riesgo – D. Rojas	p.45
• Bioética, lenguaje y COVID-19 – J.A. Seoane	p.52
• Nada que decir – B. Moreno	p.57
• Me da que pensar... Cómo afronta la muerte nuestra sociedad – G. Álvarez	p.58
Cajón de Bioética	
• Las pandemias en el cine – T. Domingo	p.60
Caso clínico comentado	p.64
Reseña de libros	
○ <i>Pandemia. La covid-19 estremece al mundo</i> – R. Espinoza	p.69
Novedades y bibliografía	p.71
Normas para los autores	

El mundo está siendo víctima de una dura pandemia. Nos ha pillado por sorpresa, a pesar de que hace ya mucho tiempo que diversos expertos han venido avisando de esta posibilidad. Sin embargo, la percibíamos como algo lejano, improbable. Y se han hecho realidad nuestras pesadillas llenando de sufrimiento y muerte nuestros días. Primero en Asia, después en Europa, ahora en América. Probablemente no hay apenas lugar en el planeta que no se haya visto afectado, en mayor o menor medida, por la COVID-19.

Ha sido preciso tomar desiones difíciles, como el confinamiento de la población. Hemos tenido que enfrentarnos al virus con escasos recursos y preparación, tratando de salvar vida y evitar el crecimiento del número de contagios. Cada país ha elegido, con mayor o menor fortuna, su estrategia de actuación, si bien en su mayoría son bastante similares. El precio en vidas y sufrimiento ha sido demasiado alto. Son muchos los fallecidos, los enfermos, y también son muchos los afectados por otras enfermedades que han dejado de ser atendidas en medio de la crisis. Estamos ante una crisis económica de magnitud enorme que nos costará superar. A quienes aún están padeciendo con fuerza la pandemia les toca hacer lo imposible porque no colapsen los sistemas sanitarios, por hacer lo posible por atender a los enfermos y no dejar a nadie atrás. Quizá lo que ya han pasado otros pueda servir de ayuda para aprender y no cometer los mismos errores que ya se han producido: abandono de los ancianos en las residencias, mala gestión de los recursos, etc. A quienes ya empiezan a recuperar la normalidad les atenaza el miedo de nuevos rebrotes y la clave parece estar en la prudencia y las normas de prevención, como salvaguarda contra nuevos confinamientos o medidas drásticas que son tremendamente dañinas.

Todos hemos aprendido lecciones muy duras con esta pandemia. Los sanitarios han tenido que llevar a cabo acciones casi heroicas, con escasos medios y apoyo, asumiendo riesgos. Los trabajadores esenciales han tenido que asumir la responsabilidad de mantener los servicios básicos para que todos pudiéramos sobrevivir. Muchos otros trabajadores han tenido que seguir acudiendo a sus centros de trabajo con miedo al contagio. Otros muchos han tenido que trabajar desde sus casas, conciliando como han podido la vida familiar y la vida laboral. Todos hemos tenido que asumir la incertidumbre, el miedo, la preocupación, hemos tenido que aprender estrategias de afrontamiento y mecanismos de resiliencia. Hemos tenido que aguantar y superarnos, crecernos en la adversidad y empeñar todas nuestras fuerzas y nuestra sabiduría en salir de este oscuro pozo de desolación.

Son muchos los temas relacionados con la pandemia que tienen una dimensión ética y por ello conviene hacer una profunda reflexión al respecto. Desde los problemas del triaje y la asignación de recursos, hasta la limitación de la libertad en aras de la seguridad, pasando por la atención adecuada a las personas en situaciones más vulnerables, o la necesidad de la comunicación y el cuidado para los enfermos. Lo que presentamos en este número monográfico es un conjunto de esas reflexiones tan necesarias en los tiempos que vivimos. Porque la ética es tanto más necesaria cuanto más difíciles son las situaciones que afrontamos, cuantos más valores están amenazados y requieren de una ponderación prudente. Son aportaciones desde distintas perspectivas, formaciones, campos de actuación, lugares del planeta. Su diversidad es una de sus riquezas, pero también la coincidencia en algunos elementos esenciales que, como observará el lector, se desgranar como líneas fundamentales para afrontar la COVID-19.

Los textos se han elaborado en el contexto de la pandemia y esto también tiene el valor de la reflexión en tiempos de penuria. Esperamos que sea de ayuda y que invite a pensar y debatir en aras de encontrar el mejor camino para enfrentarnos a estas situaciones que, por desgracia, volverán a ocurrir.

Nuestros mejores deseos de salud y seguridad para todos.

Lydia Feito Directora

La vulnerabilidad ante la pandemia

En estos días de pandemia hemos asistido a una situación trágica para la que no estábamos preparados. Con distinta incidencia y consecuencias, todos nos hemos visto afectados por una amenaza que nos ha obligado a tomar decisiones drásticas, a recortar derechos y libertades, a tomar precauciones, a enfrentarnos a lo desconocido y a tener que aprender a vencer nuestros propios miedos.

Hemos sufrido de diversos modos y nos hemos sentido vulnerables, frágiles, mortales y en desasosegante incertidumbre. Quienes han perdido un ser querido o han padecido la enfermedad han tenido que sobrellevar el inmenso dolor, en ocasiones sin acompañamiento o cercanía. Quienes tenían que tomar decisiones han tenido que pedir consejo, han tenido que extremar el ingenio para buscar soluciones, desde la debilidad ante el riesgo ingente del virus. Quienes han atendido a los enfermos han tenido que enfrentarse a situaciones dantescas, con escasez de recursos, medios y herramientas. Quienes han tenido que seguir trabajando, incluso en los momentos más crudos de la epidemia, han sentido el temor frente al posible contagio, a ellos mismos o a sus familias. Quienes han podido refugiarse, forzosamente, en sus casas han padecido el miedo del desconocimiento ante una situación tan anómala e inquietante que les ha llenado de zozobra y desazón, y que les ha obligado a desarrollar estrategias de supervivencia. Todos, de una u otra manera, hemos sentido esta fragilidad y nos hemos llenado de ansiedad y pánico.

Los humanos somos vulnerables como condición de nuestra propia naturaleza como personas. Podemos sufrir daño de innumerables maneras, algunas muy visibles y físicas, otras más sutiles que afectan a lo psíquico o lo moral. Nadie está a salvo o queda siempre incólume frente a los potenciales daños. Es una característica antropológica que nos define. No obstante, tendemos a esconderla, a dejarla de lado, olvidarla u obviarla. Es una parte de nosotros que no solemos exponer en público, que, en el mejor de los casos, guardamos para el entorno íntimo, donde podemos librarnos de nuestras defensas y dejarnos proteger y cuidar. Generalmente nos sentimos poderosos, invulnerables, inmunes. Y lo que deseamos manifestar es nuestra autonomía, nuestra capacidad de actuar y decidir, nuestra fuerza.

La pandemia ha venido a recordarnos nuestra vulnerabilidad de un modo grosero y aplastante. Ha puesto de manifiesto, de modo tremendamente agresivo, que nuestra presunta seguridad se sostiene sobre pilares muy débiles, y que todo nuestro poder es exiguo frente a la naturaleza y sus razones.

Caer en la cuenta de la vulnerabilidad es esencial para la bioética. Es verdad que, como explica B. Hoffmaster, la ética no ha prestado atención a la vulnerabilidad por tres razones: la primera, por que la vulnerabilidad choca frontalmente contra la ética individualista propia de la sociedad occidental, la que da sentido a la idea de la autonomía. El ser autónomo es un ser independiente y fuerte, capaz de tomar sus decisiones, de actuar y de hacerse responsable, lo que se conjuga mal con la idea de la fragilidad y la dependencia.

En segundo lugar, la ética no suele enfatizar el tema del cuerpo, a pesar de que la corporalidad es un elemento esencial de la vida humana. Más aún, según este autor, la vulnerabilidad es un rasgo más básico de la constitución humana que la racionalidad, porque se da en todos los seres humanos sin excepción (mientras que es posible encontrar seres humanos no racionales). De ahí que afirme que la vulnerabilidad universal tiene significación moral. Es la vulnerabilidad la que crea la necesidad de la moralidad.

Y finalmente, la ética ha sido, mayormente, racionalista, y por tanto ha desestimado los sentimientos considerándolos sospechosos o traidores y, en todo caso, poco fiables. Probablemente en la ética actual, con su recuperación del ámbito de las emociones, se produzca una corrección en este sentido. La vulnerabilidad tiene que ver con un sentimiento de fragilidad que nos iguala a los otros seres humanos y nos hace conscientes de la debilidad y la mortalidad. Por eso es, en buena medida, raíz de los comportamientos morales, basada en la empatía y la capacidad de reconocimiento en el sufrimiento de todos los seres humanos e incluso de otros seres sintientes.

No obstante, se puede decir que la noción de vulnerabilidad opera de un modo transversal en todas las cuestiones bioéticas en la medida en que se atiende a las situaciones de desvalimiento, como la enfermedad, al sufrimiento de las personas o a las decisiones difíciles que atañen a la conservación de la vida o a la búsqueda de su calidad. El mero hecho de que queda obviada u oculta puede entenderse como una cierta actitud de invisibilización de esa dimensión de fragilidad del ser humano y, por tanto, como una apuesta por el ideal de la autonomía y el poder, por la fuerza y la razón como claves para la acción y la toma de decisiones.

Henk ten Have nos recuerda que el término vulnerabilidad ha estado presente de modo tangencial en diversos documentos desde la publicación de Principios de Ética Biomédica, de Beauchamp y Childress, como un elemento a tomar en cuenta, especialmente en la ética de la investigación. Hay que esperar a la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, en 2005, para encontrarlo con una entidad más potente.

En el artículo 8 de dicha declaración se afirma el “Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal”, que se concreta del siguiente modo: «Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.» Aunque con este artículo no se especifica el modo en que ha de atenderse a la vulnerabilidad, supone al menos llamada de atención a tenerlo en cuenta.

Sin embargo, hay un documento, relativamente poco conocido, en el que la vulnerabilidad alcanza rango de principio moral. Se trata de la propuesta de unos “Principios de la bioética europea” que se elaboró a partir del Proyecto BIOMED II titulado *Basic ethical Principles in european bioethics and biolaw*, y llevado a cabo por un conjunto de expertos de diversas disciplinas y países. El trabajo se publicó de la mano de J.D. Rendtorff y P. Kemp en el año 2000, y supuso una alternativa al clásico enfoque de los principios de la bioética norteamericanos. Los principios que se configuran allí son: autonomía, integridad, dignidad y vulnerabilidad.

Como se ha indicado, la vulnerabilidad es una condición inexcusable del ser humano y no un principio moral. Sin embargo, en esta declaración, se consolida una norma moral de respeto a la integridad de las personas y una obligación de no destruir esa característica antropológica, que se traduce en una obligación de cuidado. Así, se puede decir que son dos las ideas básicas expresadas por este principio: (1) se expresa la fragilidad y finitud de la vida, que es base de la moralidad para los capaces de autonomía, y (2) es el objeto de un principio moral que requiere el cuidado del vulnerable, entendiendo que vulnerable es aquel cuya autonomía, dignidad o integridad pueden ser amenazadas.

El principio no sólo requiere no-interferencia en la autonomía, integridad y dignidad de los seres, sino que reciban ayuda para permitirles desarrollar su potencial. Así, hay derechos positivos a la integridad y la autonomía que se fundamentan en las ideas de solidaridad, no-discriminación y comunidad.

Lo más interesante de esta propuesta es que se enfatizan valores y perspectivas más centradas en una reflexión sobre la fragilidad del ser humano y la necesidad de su protección, que en la defensa de unos derechos individuales. Y todos los principios están articulados entre sí, formando un todo integrado, de modo que no es concebible un respeto a la autonomía sin proteger la integridad de los individuos, y no es posible esa protección sin el cuidado ante la situación de vulnerabilidad.

Tratando de dotar de contenido el concepto de vulnerabilidad como algo que suscita la obligación moral de cuidar, Tavaglione et al proponen lo que denominan “tesis de la especial protección” que definen del siguiente modo: las personas que tienen mayor probabilidad de que le sea denegada la satisfacción adecuada de sus reclamaciones legítimas merece especial atención, cuidado o protección.

Desde esta perspectiva se entiende que hay una serie de reclamaciones, ligadas a intereses y bienes propios que exigen una acción moral de otro individuo para ser preservadas (por ejemplo, se exige ser correcto y amable porque existe un interés legítimo en recibir un buen trato, lo que arbitra una reclamación de cortesía). Esto quiere decir que la vulnerabilidad no se sitúa en la condición del individuo sino en su derecho a hacer una serie de reclamaciones que tienen que ver con sus necesidades y su garantía de protección. El contenido de tales reclamaciones, según estos autores, atañe a (a) la integridad física, tanto en su dimensión negativa de no sufrir daño o agresión, como en su dimensión positiva de recibir ayuda, de modo equivalente al que sería el contenido del principio de beneficencia, (b) la autonomía y la libertad, (c) la provisión social de ciertos bienes básicos, (d) la imparcialidad en el ejercicio de la autoridad, (e) las bases sociales del respeto (lo que implica por ejemplo el reconocimiento, la no humillación, la justicia o todos los elementos que posibilitan el auto-respeto, como el sentido del propio valor o la posibilidad de desarrollar el proyecto de vida) y (f) el sentido de comunidad o la idea de pertenencia. Evidentemente todo esto tiene una traducción en el tipo de exigencias que se plantean para la asistencia sanitaria.

Este es un intento de dotar de contenido más específico el aparentemente vago terreno de la vulnerabilidad. La idea subyacente es que merecen mayor atención y cuidado quienes pudieran ver amenazadas estas reclamaciones legítimas, lo cual supone, por un lado, reconocer que la condición de vulnerabilidad se traduce en exigencias concretas de parte de otros seres humanos que se reconocen como igualmente vulnerables, por tanto se abre una dimensión de responsabilidad ante la vulnerabilidad. Y por otro lado, que es el cuidado la categoría fundamental de la exigencia ética de respuesta ante la situación de vulnerabilidad, lo cual nos remite a las propuestas de ética del cuidado que, en sus versiones más contemporáneas amplían el escenario de su actuación también al ámbito de lo público y lo político.

Conviene pensar en qué medida se ha atendido (o se está atendiendo) de modo adecuado a la vulnerabilidad durante la pandemia. Por supuesto, hay una apuesta declarada por la salud, lo que supone adoptar medidas de confinamiento, distanciamiento, prevención e higiene que tratan de preservar frente al posible contagio. En este sentido, se intenta atender a la dimensión de la integridad física por vía de evitación del riesgo.

Pero también ha sido necesario, imprescindible, atender a las personas contagiadas y para ello no se han escatimado esfuerzos, especialmente por parte del personal sanitario que ha hecho todo lo posible por salvar vidas. No obstante, ha habido un serio problema en cuanto a los recursos disponibles, lo cual tiene que ver con lo que antes hemos denominado "provisión social". La atención a la vulnerabilidad, desde este aspecto en concreto, exige la dotación de bienes y servicios que son necesarios para poder responder a las necesidades básicas. Y si algo ha quedado de manifiesto en esta crisis es que este tipo de recursos tienen que ser proporcionados por una sanidad pública, de acceso universal, donde se preserve la salud de los ciudadanos sin distinción. Los sistemas de libre mercado aquí interfieren inevitablemente en la provisión básica de unos bienes necesarios que tienen que estar garantizados y socialmente disponibles. La asistencia sanitaria debe ser accesible para todos y debe poder disponer de los recursos necesarios, lo que supone apostar claramente por un sistema de garantía social.

Pero también es importante subrayar la necesidad de las garantías de asistencia para todos. Difícilmente podemos asegurar esa observancia de los requisitos de la vulnerabilidad si las personas que están en peores condiciones para hacer esas reclamaciones mencionadas son, precisamente, las que resultan abandonadas a su suerte.

No sólo se impone necesariamente una exigencia de cuidado, sino que el único modo de entender la verdadera naturaleza del mismo es asumir su insoluble relación con la idea de justicia. El cuidado no es una dádiva ni un acto de caridad, es una reclamación legítima que se sitúa en la innegociable relación de la solidaridad y la justicia. Reclamar una atención sanitaria en condiciones de igualdad porque alguien se encuentra en situación de fragilidad no debe suscitar una acción benevolente, y por tanto derivada de la buena voluntad de otros o de su posición de "buen samaritano", sino que es una reclamación básica y justa que tiene que ver con varios de los contenidos éticos que hemos definido para ese respeto a las personas y esa consideración de su integridad y su autonomía.

Se ha utilizado durante la pandemia un argumento de excepción, aludiendo a la condición de excepcionalidad y emergencia que se ha producido y, por tanto, considerando que podría ser una suerte de justificación de las decisiones extraordinarias, fuera de todo criterio establecido. Sin embargo, conviene tener en cuenta al menos algunas ideas:

El hecho de que nos encontremos en una situación excepcional no debe servir como justificación para derribar los valores y actuar de una forma éticamente incorrecta. Precisamente, las situaciones límite son las que ponen a prueba nuestros criterios éticos y los someten a la experiencia de la realidad. La ética no es un acompañamiento para los días de bonanza y tranquilidad, sino una garantía de que nuestros comportamientos, sea cual sea la situación, serán legítimos y defendibles, por estar tratando de proteger valores importantes.

En segundo lugar, el hecho de encontrarnos en una situación excepcional nos exige, con mayor fuerza, justificar bien nuestras decisiones, exponer sus razones de modo transparente y público, someter a prueba nuestras acciones y tener argumentos bien pensados para dichas decisiones. La excepcionalidad es de la situación, pero no es un eximente de responsabilidad en ningún caso.

En tercer lugar, las posiciones extremas, las que tratan de jerarquizar un valor a costa de perder otros, no son las propuestas más adecuadas. Desde el enfoque deliberativo se insiste, reiteradamente, en que la opción por un valor, por un extremo, sin tomar en consideración otros posibles valores en juego, es una equivocación. No es la opción más prudente, como nos recuerda Aristóteles. El ejercicio de la virtud nos recomienda tratar de buscar aquellas acciones que, tras la deliberación adecuada, exhiban una mayor prudencia por haber buscado huir de los extremos, proponer una solución que pudiera salvar todos los valores en juego. Perder valores siempre es deplorable. Y por ello hay que hacer un esfuerzo denostado por buscar esos caminos de acción intermedia. Durante esta pandemia probablemente no se ha hecho este esfuerzo, no al menos todo lo que se debería. Y eso ha llevado a tomar decisiones drásticas, extremas, que han podido proteger un valor, pero que se han llevado por delante otros valores igualmente importantes. Y esto es una tragedia que, en la medida de lo posible, deberíamos evitar.

La vulnerabilidad en la que somos, vivimos y desarrollamos nuestra vida nos exige extremar nuestra prudencia, tomar decisiones para proteger los valores importantes. Somos vulnerables y, desde el reconocimiento de nuestra fragilidad, debemos ofrecer la respuesta ética: el cuidado, que se traduce en la obligación de acciones prudentes que tengan en consideración una serie de exigencias fundamentales para garantizar el bien de las personas. La pandemia ha puesto de manifiesto con inusitada presencia y fuerza esa dimensión de vulnerabilidad. Nuestra sabiduría debería conducirnos a una respuesta ética adecuada frente a ella.

Lydia Feito

Referencias

- Feito, L. Vulnerabilidad. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 30 (3) 2007: 7-22.
- Feito, L. Ética del cuidado en las profesiones socio-sanitarias. Documentación Social 187, 2017: 29-47.
- Hoffmaster, B. What does vulnerability mean? Hastings Center Report 36, 2006: 38-45.
- ten Have, H. The principle of vulnerability in the UNESCO Declaration on Bioethics and Human Rights. En: Tham J., Garcia A., Miranda G. (eds.) Religious Perspectives on Human Vulnerability in Bioethics. Advancing Global Bioethics, vol 2. 2014 Springer, Dordrecht
- Rendtorff, J., Kemp, P. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw. Instituto Borja de Bioética. Barcelona 2000.
- Tavaglione, N. et al. Fleshing out vulnerability. Bioethics 29 (2) 2015: 98-107.

El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia



Cincuenta años después

Han pasado cincuenta años desde la publicación por parte de Van Rensselaer Potter del artículo que puso en circulación el término bioética -*Bioethics: The science of survival*. Sin duda porque las circunstancias históricas le fueron propicias, el término corrió como la pólvora, dando origen al surgimiento de una nueva disciplina, hoy reconocida y cultivada en todo el mundo. Fecha tan redonda como el medio parece un buen momento para volver la vista atrás, reconstruir el camino recorrido y reflexionar sobre lo que ha significado la bioética en su medio siglo de historia y, sobre todo, sobre lo que está llamada a ser en el próximo futuro.

Hoy se ve con claridad algo que hasta hace poco tiempo resultaba casi imposible de advertir, a saber, que Potter tenía razón cuando definió la bioética como *the science of survival* y no como el nuevo rostro de algo que había estado siempre presente en la cultura occidental y que tenía sus orígenes, cuando menos, en el *Juramento* hipocrático, es decir, no como la mera actualización de algo tan clásico como la ética médica. Esta idea de que la bioética era algo así como el nuevo rostro de la clásica ética médica, fue la tesis que mantuvieron los miembros del *Kennedy Institute* de la Universidad Georgetown, en Washington, y la que acabó imponiéndose frente a la de Potter. Cabe decir, por ello, que el término “bioética”, nada más aparecer, fue inmediatamente secuestrado por el pensamiento más conservador y tradicional, hasta identificarlo con la vieja ética médica.

No eran pocas las razones que podían aducirse a favor de esta tesis. Es bien sabido que la segunda mitad del siglo XX ha sido la época regia de la biomedicina. Sucedió con ella en esos cincuenta años algo similar a lo acaecido con las ciencias físicas en la primera mitad de la centuria. En esta se puso a punto la teoría atómica, se descubrió la relatividad, apareció la mecánica cuántica, y como consecuencia de todos estos avances teóricos, en los años treinta y cuarenta, sobre todo a partir del descubrimiento de la fisión nuclear en el año 1938 por obra de Otto Hahn, Fritz Strassmann, Lisa Meitner y Otto Frisch, comenzaron las aplicaciones prácticas. Se vio que constituía una nueva y fantástica fuente de energía, la atómica, que inmediatamente se aplicó a la guerra y que tras esta dio lugar al movimiento denominado “átomos para la paz”.

La primera mitad del siglo XX fue sin duda la edad dorada de la Física, con el descubrimiento de las leyes de lo infinitamente pequeño en el orden de la naturaleza inorgánica. Lo que nadie pudo sospechar entonces fue que algo similar iba a suceder en el mundo de la Biología y la Medicina en la segunda mitad del siglo. Avery, Mcleod y McCarty descubrieron en 1943 que el portador de la información genética en el estreptococo era el ADN. Diez años después, en 1953, James Watson, Francis Crick y Rosalind Franklin describían la estructura espacial de la molécula de ADN. A partir de este momento las novedades se sucedieron en cascada. En los años 60 se puso a punto la estructura del llamado “código genético”, y en la década siguiente comenzaron las aplicaciones prácticas, con la aparición de la técnica del ADN recombinante. Se daba así inicio a lo que entonces se llamó “ingeniería genética”, y que hoy se denomina, más precisamente, “edición génica”. Por vez primera en la historia, el ser humano se vio con la posibilidad de manipular la información de la vida. Lo que vino después es bien conocido: la clonación, el descubrimiento de los procesos de diferenciación y desdiferenciación celulares, las células troncales, las nuevas técnicas de manipulación genética, el CRISPR-Cas9, el *prime editing*, etc. Esta revolución operada en el mundo de la Biología pasó pronto a la Medicina. Baste recordar el auge de las Técnicas de Reproducción Asistida (diagnóstico preimplantatorio y prenatal, inseminación artificial, fecundación *in vitro*, maternidad subrogada, etc.).

Pero los avances no afectaron solo al origen de la vida. Una revolución no inferior se dio en el final de la vida. Hoy no se concibe un centro sanitario sin una Unidad de Cuidados Intensivos, y muchas veces también sin otra de Cuidados Paliativos. Y técnicas como el Trasplante de órganos, comenzadas tímidamente en los años sesenta del pasado siglo, han crecido hasta convertirse en un

recurso imprescindible en la práctica médica.

Y junto a las dos grandes revoluciones científico-técnicas operadas en torno al origen de la vida y a su final, otra no menor que afectó a toda ella: la irrupción de las llamadas “técnicas diagnósticas no invasivas”: primero fue el ecógrafo, poco después el TAC, más tarde la Resonancia Magnética, a la que siguió el PET, y la enumeración podría continuarse.

No hay duda, la segunda mitad del siglo XX ha sido la edad de oro de la Biología y la Medicina. Tanto, que es lógico que se dispararan los problemas a la hora de tomar decisiones, y que se buscara el auxilio de la ética. Esto es lo que explica que nada más aparecida, esa nueva disciplina que empezó a llamarse Bioética fuera acaparada y monopolizada por la medicina, hasta el punto de llegar pronto a los hospitales, a través de los Comités de ética, tanto asistenciales como de investigación. De ahí la conclusión a la que llegaron, no algunos sino la mayor parte de los bioeticistas: que la bioética era una más entre las llamadas “éticas aplicadas”, la que tenía que ver con el mundo de la investigación biológica y la práctica de la medicina. Las éticas aplicadas son muchas: la de los políticos, la de los periodistas, etc. Pues bien, una específica sería la bioética, la ética propia de los profesionales de la investigación biológica y de la práctica médica.

Llevo muchos años luchando contra ese modo de entender la bioética. Como su propio nombre indica, y como fue el propósito original de Potter, la bioética no es la ética de los profesionales de la salud, sino la “ética de la vida”. No se trata, pues, de una ética aplicada, una más junto a la de políticos, periodistas, banqueros, etc. No es una ética particular sino la ética general. Como he dicho tantas veces, es el nuevo rostro de la ética general, de la ética sin más, en las postrimerías del siglo XX y los albores del XXI. La bioética es la ética de la vida y no la ética de los médicos. A todos nos afecta y todos formamos parte de ella. Fue un médico de la segunda mitad del siglo XIX, Ernst Haeckel, quien acuñó el neologismo “ecología” para designar la disciplina que había de ocuparse del estudio de los seres vivos, pero no aislados de su medio, sino en su medio, ya que sin éste no pueden vivir. No tiene sentido considerar a los animales fuera de su medio, que, por tanto, de alguna manera también constituye parte esencial de ellos. Y lo mismo sucede en el ser humano. No podemos seguir pensando, como lo hiciera Kant a finales del siglo XVIII, que el ser humano es “fin” en sí mismo en tanto que las demás cosas de la naturaleza son meros “medios”, algo así como el patio de atrás de la casa del ser humano, en el que este echa los desperdicios y que trata sin ninguna consideración ni respeto. No podemos entender a los seres humanos prescindiendo del medio. Y si nosotros somos “fines”, como decía Kant, el medio tiene que participar de algún modo de esa misma condición. No podemos considerarlo mero medio que el ser humano pueda utilizar según le plazca. Si los humanos merecemos “respeto”, como decía Kant, también ha de aplicarse esta categoría a la naturaleza.

Decir estas cosas resultaba provocativo hace escasas décadas. Hoy sucede todo lo contrario. Milagrosamente, todos nos hemos convertido, al menos en teoría, al ecologismo. Y en los días en que escribo estas líneas, en plena crisis de la COVID-19, mucho más. Hoy todos estamos convencidos de que el llamado Primer mundo está en un proceso de “desarrollo insostenible”, y que otra gran parte de la humanidad está viviendo un “subdesarrollo insostenible”, tan injusto o más que el primero. De lo que quizá no nos damos cuenta es de que la expresión “desarrollo sostenible” tiene apenas treinta años de vida. Apareció por vez primera en el llamado “Informe Brundtland” del año 1987. De entonces acá, todos nos hemos convencido, aunque solo sea mentalmente, de que eso es así. Pues bien, la gran tarea de la ética, de la bioética, es hacer que nuestra conversión no sea solo mental o teórica, sino comprometida y práctica. Esa es la inmensa responsabilidad que hoy tiene la bioética delante de sí, como con suma clarividencia supo intuir su fundador, Potter. Es una tarea muy exigente y que puede parecer difícil y compleja. En un intento por soslayar las posibles complicaciones, yo la he resumido en un lema que ofrezco como imperativo moral y norma de vida: “vive frugalmente, piensa y actúa globalmente”.

Diego Gracia
Catedrático Emérito de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid

La pandemia de COVID-19 vista por los expertos en bioética

No cabe duda de que la pandemia de COVID-19 nos ha colocado en una situación insólita y trágica para la que no estábamos preparados. La incidencia en cada parte del mundo ha sido diferente y también se han planteado estrategias de afrontamiento distintas, pero en todas se plantea la necesidad de proteger la salud pública, la exigencia de tomar decisiones difíciles para salvar la vida y la salud de los ciudadanos ante un enemigo invisible que no entiende de fronteras.

Desde la redacción de la revista *Bioética Complutense* hemos querido recabar distintas perspectivas y para ello le hemos pedido a una serie de expertos en bioética, de procedencias y formaciones muy diferentes, que nos hicieran una valoración sobre la pandemia. Para ello les hemos sugerido una serie de preguntas que cada uno ha respondido como le ha parecido mejor. Nos ofrecen un panorama de reflexiones muy interesantes.

Estas eran las preguntas planteadas desde *Bioética Complutense*:

1. ¿Considera que la epidemia de COVID-19 ha servido para hacernos conscientes de la necesidad de tener un sistema de salud bien preparado? ¿Qué hemos aprendido en este sentido?
2. ¿Cuál es su valoración sobre cómo se han tomado las decisiones de racionamiento y distribución de los recursos escasos?
3. ¿Se ha podido producir una toma de decisiones basada en presupuestos de maximización de la utilidad en el manejo de esta pandemia? ¿Qué opinión le merece esto?
4. ¿Qué implicaciones éticas tiene una medida como el confinamiento de la población?
5. ¿Cómo evaluaría la dimensión global de la pandemia? ¿Cree que son adecuados organismos como la OMS/WHO para establecer pautas de actuación compartidas?
6. ¿Qué cree que cambiará después de la pandemia en cuanto al abordaje de conflictos éticos en sanidad?
7. ¿Qué otros problemas bioéticos cree que ha suscitado la pandemia? ¿Cómo se han manejado?
8. Otros comentarios que desee añadir.

A continuación publicamos las respuestas que cada uno de ellos ha aportado.

Dr. Juan Pablo Beca

Doctor en Medicina. Pediatra.
Fundador y docente del Centro de Bioética
Universidad del Desarrollo.
Santiago de Chile



1. *¿Considera que la epidemia de COVID-19 ha servido para hacernos conscientes de la necesidad de tener un sistema de salud bien preparado? ¿Qué hemos aprendido en este sentido?*

La pregunta es amplia y está planteada en tiempo presente. Creo que sí se ha tomado conciencia de la necesidad de un sistema de salud que sea universal y que esté preparado para eventualidades como catástrofes que bien pueden ser locales como accidentes masivos, atentados, etc., catástrofes naturales (terremotos, erupciones, inundaciones, etc.), o también epidemias masivas.

Hay mucho comentario social y académico sobre la materia, algunos muy pesimistas por lo que la tragedia global infecciosa, social y económica puede durar en el tiempo, a lo que se suma la complejidad de la normalización con los cambios sociales y políticos necesarios. Otros comentarios son optimistas en cuanto a que esta tragedia global con seguridad llevará a un nuevo mundo más justo, solidario y eficiente, caracterizado por la colaboración interna en cada país e internacional, junto a nuevos conocimientos científicos y tecnológicos que llevarán a un “nunca más”.

Si hemos aprendido en este sentido es una esperanza que todos tenemos, aunque pueda ser relativamente ingenua. La historia está llena de ejemplos de piedras en las cuales la humanidad ha tropezado varias veces. Sin embargo, pienso que el impacto es de tal magnitud y globalidad que en los diferentes países se producirán cambios positivos en los sistemas de salud, en educación y al menos en algunas formas de organización social y económica. El tiempo dirá si lo que aprendimos se tradujo o no en cambios sustanciales.

2. *¿Cuál es su valoración sobre cómo se han tomado las decisiones de racionamiento y distribución de los recursos escasos?*

Este tipo de decisiones han sido inevitablemente diferentes en cada país. No puede haber por lo tanto una respuesta única. Por otra parte la pandemia está en evolución y también lo están las decisiones que se van tomando de acuerdo al número de casos y a la evolución de nuevas alternativas: antivirales, pruebas diagnósticas de contagio y de inmunidad, posibles vacunas, etc.

En el caso chileno, existe un sistema público de salud que en lo preventivo es nacional y dependiente del Ministerio de Salud. Sin embargo en lo asistencial hay un sistema público (FONASA) que atiende el 73% de la población, el 17% es atendido por seguros privados (ISAPRES) y un 10% por otros sistemas (Fuerzas Armadas y otros). Como respuesta a la epidemia de COVID-19 el Ministerio de Salud es la autoridad para todo el país y se acordó que la asignación de cupos de cuidado intensivo quedara en manos de la autoridad gubernamental, uniendo recursos del sistema público y del privado a nivel de todo el país. Se han aumentado en todos los hospitales, públicos, privados y universitarios, el número de camas UCI para pacientes COVID y se han postergado todo tipo de prestaciones electivas.

Por otra parte se tomó precozmente la decisión de intentar una desaceleración de los contagios imponiendo distanciamiento social y cuarentenas de enfermos y sus contactos, además de cuarentenas obligatorias por comunas según la evolución del número de casos nuevos. Se conformó también una “mesa social COVID” compuesta por representantes de organizaciones sociales y académicas con funciones asesoras del Ministerio de Salud, el cual también constituyó una comisión asesora de expertos con quienes se reúne diariamente. Los resultados de esta estrategia han sido hasta aquí positivos pero se teme que durante las próximas semanas pueda ocurrir un rápido incremento con grave crisis de recursos sanitarios disponibles, de manera variable en distintas regiones del país.

3. *¿Se ha podido producir una toma de decisiones basada en presupuestos de maximización de la utilidad en el manejo de esta pandemia? ¿Qué opinión le merece esto?*

La pregunta sobre “maximización de la utilidad en el manejo de esta pandemia” se puede referir a la prevención de la expansión epidémica, a la planificación de la atención sanitaria o a las decisiones de priorización en la atención de pacientes. Es evidente que las dos primeras requieren la mayor eficiencia en el logro del máximo beneficio para el mayor número de personas, y los resultados hasta aquí logrados de las estrategias asumidas han sido y siguen siendo medidas en los diferentes países. Es evidente que no hay ni puede haber aun conclusiones definitivas al respecto.

La priorización en la atención de pacientes es una temida realidad frente al número de pacientes y a la limitación de los recursos materiales, tecnológicos y humanos. Ha sido necesario postergar la atención de paciente “No Covid”, salvo las urgencias, lo cual no ha sido medido pero constituye un daño social innegable. Y la atención de pacientes Covid-19 graves exige o exigirá priorizar a los más recuperables, lo cual plantea preguntas sin respuestas seguras, ni menos aún universales, dadas las diferentes realidades de cada país o de lugares dentro de los países. Se plantean las interrogantes de los criterios para decidir a qué pacientes priorizar para su ingreso a Unidades de Tratamiento Intensivo, o para ser conectados a ventilación mecánica. La respuesta exige equilibrar los recursos disponibles en ese momento y en ese lugar, con la gravedad y la recuperabilidad de cada paciente. Estos criterios o escalas de triaje incluyen principalmente criterios de gravedad, comorbilidades, fragilidad y edad, llevados a un puntaje. Es innegable que constituyen instrumentos de mucha ayuda para hacer más objetivas las decisiones pero necesitan, en su aplicación caso a caso, combinar el puntaje, los criterios clínicos y el contexto particular. Pero además los puntajes de triaje necesitan ser transparentes y contar con una aceptación social. Para este efecto es necesario consensuar las situaciones en que se aplicarían en cada lugar e institución, dejando en claro la condición de no discriminación.

4. *¿Qué implicaciones éticas tiene una medida como el confinamiento de la población?*

El confinamiento de la población tiene implicaciones éticas importantes relacionadas a los criterios con que se deciden, su duración, los sistemas de vigilancia de su cumplimiento, la justificación de las excepciones y los efectos económicos o laborales de muchas personas. Por otra parte las diferencias concretas de los efectos en la realidad habitacional, económica y social de las personas en diferentes ciudades o barrios son evidentes. Cabe reconocer que el encierro en sus viviendas es completamente diferente para quienes viven hacinados, en pobreza extrema, con enfermedades crónicas avanzadas, o más aún en situación de calle.

5. *¿Cómo evaluaría la dimensión global de la pandemia? ¿Cree que son adecuados organismos como la OMS/WHO para establecer pautas de actuación compartidas?*

La pandemia tiene, por definición, una dimensión global que llama a una solidaridad global que en la práctica es solo un concepto utópico. Pero al menos, las instituciones multinacionales como Naciones Unidas deberían llamar a una colaboración internacional real en cuanto a distribución de recursos y a transparencia en la comunicación de resultados y de los conocimientos generados por la investigación científica y tecnológica. En lo suyo la OMS/WHO ha desarrollado y continúa desarrollando criterios, recomendaciones y pautas bien fundamentadas y se ha mostrado abierta a recibir opiniones de expertos e investigadores de casi todos los países. Incluyo evidentemente en esto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO) y a los Centros Colaboradores de OMS/WHO.

Lo inaceptable es la decisión del Presidente Trump de quitar el apoyo económico de EE.UU. a la OMS/WHO, decisión completamente en pugna con el concepto de solidaridad global mencionado.

6. *¿Qué cree que cambiará después de la pandemia en cuanto al abordaje de conflictos éticos en sanidad?*

Creo que el mundo ha tomado mayor conciencia de la necesidad de sistemas de salud con recursos suficientes para poder ofrecer cobertura universal. Si ello conducirá a que los países destinen más recursos a

salud, y a que modifiquen sus sistemas de salud para que sean más justos, lo creo más una esperanza que una probabilidad real.

Algo similar ocurre con la conciencia de nuestra interdependencia y de considerar la solidaridad entre los seres humanos como un deber moral de justicia por sobre un altruismo opcional de cada persona.

7. *¿Qué otros problemas bioéticos cree que ha suscitado la pandemia? ¿Cómo se han manejado?*

En muchas partes y discusiones sociales y académicas se han planteado varios temas bioéticos relevantes. Entre ellos destaco el tema de la necesidad de tener criterios justos para priorizar atenciones de pacientes críticos de acuerdo a su recuperabilidad, evitando discriminaciones arbitrarias por edad, género, discapacidad, productividad, raza u otros. Y destaco también el tema de una muerte digna que incluye el acceso de todos los necesitados a cuidados paliativos de buen nivel, acompañamiento familiar, psicológico y espiritual, así como también a funerales de acuerdo a las prácticas culturales, familiares o religiosas.

8. *Otros comentarios que desee añadir.*

Nada más. Muchas gracias

Dra. Victoria Camps

Catedrática Emérita de Ética en la Universidad de Barcelona
Consejera Permanente del Consejo de Estado
Presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Barcelona



1. *¿Considera que la epidemia de COVID-19 ha servido para hacernos conscientes de la necesidad de tener un sistema de salud bien preparado? ¿Qué hemos aprendido en este sentido?*

De lo que nos ha hecho conscientes es de la importancia y necesidad de tener un sistema público de salud. Lo teníamos, y muy solvente, pues creo que el sistema sanitario ha sido uno de los grandes éxitos de la democracia española. Un éxito que se ha debido a una reforma legislativa eficaz y a un colectivo profesional muy dedicado. Lo muestran todas las encuestas: la profesión sanitaria es la que genera más confianza entre la ciudadanía.

Pero ese sistema tan bueno se había estado deteriorando en los últimos años por causa de la escasa financiación, los recortes sucesivos, la precariedad de los profesionales más jóvenes, lo cual ha repercutido gravemente en las dificultades para hacer frente a la pandemia. Ésta ha servido también para poner de manifiesto los puntos más débiles del sistema: la atención primaria y la atención a los mayores. Corregir todas estas deficiencias y estar más preparados para prevenir futuras adversidades debería ser la primera lección para el futuro.

2. *¿Cuál es su valoración sobre cómo se han tomado las decisiones de racionamiento y distribución de los recursos escasos?*

A nivel personal, la respuesta ha sido espléndida y los sanitarios han dado lo mejor de sí mismos. La gestión hospitalaria y la atención en los centros de salud o domiciliaria, una vez superada la confusión de las dos primeras semanas, ha sido eficiente y ordenada, en general, la mejor posible dada la falta de preparación y el desconocimiento con respecto al virus.

A toro pasado es fácil la crítica y, además, es injusta. No obstante, ahora que estamos ya en la etapa de desescalada, y que tenemos la posibilidad de compararnos con lo que han hecho otros países cercanos al nuestro, pienso que seguimos demasiado dependientes de un Estado que desconfía de la actuación de la ciudadanía y se excede en el paternalismo tan criticado por John S. Mill. Hemos sido disciplinados y responsables en uno de los confinamientos más duros, radicales y represivos que se han dado en Europa. Francia, Alemania, Portugal, Alemania, Bélgica han sido más permisivos. ¡No hablo de Suecia! Me preocupa si sabremos salir del confinamiento sin costes, económicos, por supuesto, pero también psicológicos, educativos, familiares, sociales, que podríamos paliar.

Por lo que hace al racionamiento, me parece precipitado hacer valoraciones rápidas sin tener datos y análisis (que espero que los haya más adelante), indicadores de posibles “triajes”. Lo que tenemos de momento son documentos institucionales estableciendo unos criterios para distribuir, por ejemplo, respiradores. No sé en otras comunidades, pero el que hizo la Generalitat de Catalunya no fue muy afortunado al señalar la edad como indicador de selección. A la luz de lo que ha durado la fase más crítica y de saturación de UCIS, tal vez el escándalo que levantó la propuesta se podía haber evitado. Insisto en que habría que contar con datos que atestiguaran qué ha pasado en realidad. De momento, todo son rumores.

Sí que ha sido lamentable lo ocurrido en algunas residencias de ancianos, que también debe ser analizado con calma. Es uno de los temas que considero que hay que reformar con absoluta prioridad.

3. *¿Se ha podido producir una toma de decisiones basada en presupuestos de maximización de la utilidad en el manejo de esta pandemia? ¿Qué opinión le merece esto?*

Si llamamos “maximización de la utilidad” a tratar de beneficiar a quienes tenían más posibilidades de curarse, pienso que no hay otra forma de razonar ante una situación tan catastrófica y trágica como la de la

Covid-19. De hecho, la agresividad del virus en algunos casos, en los que ha sido preciso intubar al paciente, puede haber planteado el dilema clásico de si se estaba aplicando un tratamiento fútil, nada recomendable desde la perspectiva de la bioética. La Covid-19 nos ha puesto ante una situación límite, pero hay que partir del supuesto de que un sistema público de salud siempre adolecerá de recursos y habrá que distribuir sobre la base de criterios que yo no llamaría de utilidad, porque la palabra es equívoca, sino de beneficencia.

Un dato que habrá que tener en cuenta al hacer valoraciones menos apresuradas que las que hacemos ahora es si el objetivo de “salvar” a todos los pacientes, independientemente de sus condiciones patológicas, es razonable. Parece que el uso de respiradores puede haber sido más perjudicial que benéfico en ciertas personas mayores. Tenerlo en cuenta no es dejar de tratarlas; es evitar que sufran más de lo que están sufriendo por la infección.

4. *¿Qué implicaciones éticas tiene una medida como el confinamiento de la población?*

Confinar es restringir la libertad de movimiento, hasta unos extremos que nos hubieran parecido insólitos e impracticables hace sólo unos pocos meses. Hemos aceptado el confinamiento, por miedo, porque el virus tiene un alto nivel de contagio, por convicción de que era la única medida a nuestro alcance para reducir los contagios, y también por responsabilidad hacia un bien común que, en esta situación, ha dejado de ser una entidad abstracta. El bien común como objetivo prioritario se llama Covid-19. El temor ahora es que, hasta tanto no se encuentre una vacuna contra el virus, se ejerza un control abusivo sobre los movimientos de la población o una división discriminatoria entre los inmunizados y los no inmunizados. Lo éticamente inaceptable es que se sigan restringiendo las libertades infundiendo más miedo sobre la población. Echo de menos en esta experiencia que ha puesto de manifiesto nuestra vulnerabilidad, una especie de resistencia a aceptar que somos contingentes y mortales, que vivir significa asumir riesgos.

Hasta ahora, la reducción de la libertad ha cumplido con dos principios básicos de la buena legislación: el principio de proporcionalidad y el de eficacia. Se nos ha impuesto la obligación de quedarnos en casa porque era la única manera y la más eficaz para evitar el contagio. Y ha funcionado, lo cual demuestra que era necesario sacrificar la libertad, por un tiempo limitado (también es importante subrayarlo), para perseguir el bien común de luchar contra el virus.

5. *¿Cómo evaluaría la dimensión global de la pandemia? ¿Cree que son adecuados organismos como la OMS/WHO para establecer pautas de actuación compartidas?*

La pandemia es una de las caras negativas de la globalización. Precisamente por eso, no hay otra forma de combatirla que con medidas globales. Son necesarios organismos como la OMS. Incluso se ha propuesto una gobernanza global, no sólo sanitaria, para hacer frente también a las consecuencias económicas de la pandemia. El problema que tenemos es que ninguna de estas instituciones es eficaz. La OMS no lo ha sido. Vivimos bajo el paradigma de los estados-nación y nos cuesta mucho cooperar, coordinarnos y unirnos cuando hace falta, más allá de los intereses estatales o regionales. Es cierto que las pautas y criterios de actuación han sido casi universales, pero por un efecto de mimesis entre los estados, a partir de China y Corea del Sur que fueron los primeros, no por un deseo o voluntad de unificar esfuerzos.

Me viene a la memoria la propuesta de Kant y de otros, como el abate Saint Pierre, de una federación de estados, como único instrumento para mantener la paz. Pero la dificultad y la impericia de los Estados de federarse de hecho y funcionar con lealtad mutua, unidos y cooperando se hace evidente cada vez que nos las habemos con un problema mundial.

6. *¿Qué cree que cambiará después de la pandemia en cuanto al abordaje de conflictos éticos en sanidad?*

Creo que una pandemia no cambia grandes cosas, pero contribuye a plantear preguntas y a iniciar reformas que, a la larga, pueden producir cambios importantes. Me fijaré sólo en dos cuestiones. Una de ellas es la relativa a los deberes del individuo con respecto a lo común. Hasta ahora, la bioética se ha centrado mucho en la relación clínica, pero ha abordado menos problemas de salud pública. Éstos plantean una serie de obligaciones que la ciudadanía debe hacer suyas como deberes cívicos, pues, como ha demostrado la

covid-19, la salud de la población depende de los comportamientos de todos y cada uno de los ciudadanos. Tenemos un ejemplo con las vacunas. La resistencia creciente de algunos grupos a vacunarse puede verse superada (aunque no pondría la mano en el fuego) ahora que tenemos todos los anhelos puestos en una nueva vacuna que nos libre del coronavirus.

El otro gran tema relacionado con la salud pública es la equidad. Aunque el virus, en un sentido, nos iguala porque no distingue entre pobres y ricos, la lucha contra el virus y la posibilidad de dominarlo varía no sólo entre territorios, más o menos desarrollados, sino entre barrios. Incluso el confinamiento, siendo igual para todos, se ha vivido de forma muy distinta según la renta de cada uno y las consecuencias que puedan derivar de esa situación. La lucha por sociedades con menos desigualdades es la que tiene más dificultades para concitar voluntades. Ese bien común, el de la igualdad, choca con intereses particulares poderosos, que se defienden y se preservan precisamente en nombre de la libertad.

Reforzar un sistema sanitario público es el primer paso para garantizar la equidad. Pero hay que dar más pasos, dentro de ese sistema, para que no sigan siendo los más desfavorecidos los que menos salud tienen.

7. ¿Qué otros problemas bioéticos cree que ha suscitado la pandemia? ¿Cómo se han manejado?

El valor e importancia de los cuidados es uno de los aspectos que la pandemia ha desvelado como fundamentales. En muchos ámbitos: por supuesto, en el sanitario, pues los pacientes, en las condiciones de aislamiento en que se han encontrado, requerían mucho cuidado y afecto, atención emocional, además de tratamiento clínico. Pero ha habido otras necesidades que han puesto de manifiesto el valor y la importancia de ciertos servicios en una crisis como esta. Por ejemplo, los servicios de limpieza, la venta, transporte y distribución de alimentos. Por no hablar de las residencias de mayores donde el cuidado familiar, por ejemplo, se ha tenido que interrumpir para evitar contagios. O en las familias, que han tenido que asumir tareas escolares al tiempo que se les pedía a los padres afortunados que podían conservar el empleo que se esmeraran en el teletrabajo y al mismo tiempo no descuidaran a sus hijos. Las asociaciones benéficas han tenido que renovar sus esfuerzos, como ya hicieron en la crisis de 2008, para proporcionar techo y comida a los indigentes o desempleados.

No todas estas cuestiones suelen ser tema de la bioética, pero tendrán que serlo en el futuro. La necesidad de cuidados y de repartir responsabilidades al respecto es una cuestión de justicia y no está desvinculada de la protección de la salud.

Joseph J. Fins M.D., M.A.C.P., F.R.C.P.
E. William Davis, Jr., M.D. Profesor de Ética Médica
Jefe de la División de Ética Médica
Weill Medical College of Cornell University
Director de Ética Médica
New York Presbyterian Weill Cornell Medicine
Nueva York, Nueva York
Distinguido Académico en Medicina, Bioética y Derecho
Yale Law School
New Haven, Connecticut



A mis queridos colegas y amigos/as españoles:

Os echo de menos y no hay ningún otro sitio donde quisiera estar más que en Madrid con vosotros. Pero eso no es posible en este momento. Por eso me alegro mucho de responder a la invitación de mi amiga la Dra. Lydia Feito a contribuir a esta colección con una perspectiva desde Nueva York. Pero hay tristeza, la lamentable tristeza de la necesidad de hablar con vosotros de esta pandemia. Lamentable para mí porque ha afectado de una manera horrible a las dos ciudades del mundo que más amo: Madrid y Nueva York.

Que lástima que hayamos tenido las mismas experiencias, tanta enfermedad y los fallecimientos de nuestros ciudadanos. Por eso, antes de contestar a Lydia, me gustaría enviar mis mejores deseos para que regresen la salud y la felicidad a Madrid y a toda España. Espero la oportunidad de impartir alguna clase con Lydia en la Complutense, tomar una copa con vosotros en el Café Gijón, pasar una tarde en el Retiro, o escuchar la sabiduría de nuestro padrino Diego Gracia Guillén en un salón académico. Esos momentos no podrán acontecer pronto, pero cuando sucedan serán más dulces que nunca... Nos vemos pronto en Madrid!

Pues a responder a las preguntas de Lydia...

1. ¿Considera que la epidemia de COVID-19 ha servido para hacernos conscientes de la necesidad de tener un sistema de salud bien preparado? ¿Qué hemos aprendido en este sentido?

Espero que sí pero temo que en los EEUU no todos los ciudadanos hayan aprendido la importancia de la ciencia y la necesidad de vigilancia en el campo de la salud pública. Desafortunadamente, en vez de creer en la ciencia mucha gente cree en la mentira y la propaganda política...

2. ¿Cuál es su valoración sobre cómo se han tomado las decisiones de racionamiento y distribución de los recursos escasos?

Solamente puedo contar la historia de lo que pasó o, mejor, lo que no pasó, en Nueva York. Tenemos aquí en los EEUU un sistema federal en el cual cada Estado (semejante a una provincia) está encargado del sistema sanitario. Y por eso hablaré de la situación en Nueva York donde vivo yo... Pero, primeramente algo de nuestra historia sobre el racionamiento y la distribución de los recursos escasos. Soy miembro del *New York State Task Force on Life and the Law* por designación del gobernador del Estado. En el año 2015 escribimos un reportaje sobre la distribución de ventiladores si se produjera una pandemia. Fue un ejercicio teórico para un futuro que esperábamos que nunca llegara. Utilizamos el sistema SOFA (*sequential organ failure assessment*) para asignar ventiladores si fuera una urgencia de salud pública. El puntaje numérico en el sistema SOFA se calcula por mediciones fisiológicas y no usa ningún factor de valor social, edad ni discapacidad. El intento es determinar de una manera neutral quién puede sobrevivir a la insuficiencia respiratoria y asignar un puntaje numérico para predecir esta posibilidad. Dependiendo del puntaje numérico hay una asignación de un color: rojo, para los pacientes que solo pueden sobrevivir con la asistencia de la máquina; azul, para los pacientes que van a morir de cualquier manera, tanto si reciben como si no reciben una máquina; amarillo, para los pacientes intermedios entre azul y rojo; verde, para los pacientes que están enfermos pero no necesitan una máquina para sobrevivir. Dependiendo del nivel de

recursos escasos hay unos equipos de triaje para asignar ventiladores acorde con la prioridad de rojo a amarillo o a azul (recordando que los verde están bastante sanos para no necesitar la máquina). A la vez, en el protocolo, hubo un grupo de pacientes tan graves que quedarían fuera de las decisiones de racionamiento porque iban a morir con o sin tratamiento, por ejemplo pacientes con un puntaje numérico de Kornofsky muy bajo (como 10). Esos pacientes en el proceso de morir constituirían otro grupo fuera de decisiones formales de triaje.

Este fue brevemente el plan de distribución. La decisión de implementarlo fue muy complicada y el gobierno decidió no moverse en esa dirección porque mantenían que había suficientes recursos. En realidad eso no era verdad. Aunque hubo bastantes recursos en el sistema no existieron donde fueron necesarios o durante el tiempo suficiente para atender a los pacientes. Y una cosa más, en vez de hablar de racionar, el eufemismo fue llamar al proceso "priorización". Es decir, en vez de negar algo a un paciente (el racionamiento) el uso común habló de priorización. Pero fue en cierto modo una mentira porque si estás fuera de la lista de espera de priorización, no vas a recibir lo que necesitas. El problema, y eso es parte del carácter de mi país, es que nunca tuvimos años de hambre, de verdadera escasez, y es difícil admitir esta posibilidad. Pero fue la realidad de la Covid-19, por lo menos en mi ciudad durante los días negros de marzo y abril de 2020.

3. ¿Se ha podido producir una toma de decisiones basada en presupuestos de maximización de la utilidad en el manejo de esta pandemia? ¿Qué opinión le merece esto?

Como acabo de decir tuvimos una estructura para tomar decisiones para maximizar la utilidad pero no tuvimos el coraje en el mundo político de tomar decisiones difíciles para racionar recursos escasos. Sin embargo, no tener una estructura para tomar decisiones basadas en las decisiones de los servicios públicos, a veces perjudica a ciertas poblaciones. Personalmente, creo que es mucho mejor tener transparencia para defender mejor a las poblaciones vulnerables. Pero hay una pregunta fundamental de lo que cuenta como una utilidad. En el contexto de una pandemia, el valor máspreciado es salvar una vida. ¿Pero son todas las vidas igualmente valoradas? En Nueva York tomamos una decisión en nuestra estrategia de considerar la utilidad de sobrevivir a la pandemia, no los años de vida, para prevenir la discriminación contra los viejos.

También creo que es muy importante no tener en cuenta el valor social como una variable en consideración de lo que cuenta como una utilidad. He leído varios relatos de cómo se consideró esto en el contexto español y diría aquí que me opongo inequívocamente a tales determinaciones, nuevamente debido a su posible efecto adverso en las personas de comunidades marginadas, los ancianos o las personas con discapacidad.

4. ¿Qué implicaciones éticas tiene una medida como el confinamiento de la población?

La palabra cuarentena proviene de cuarenta días de encierro durante la Edad Media italiana y han pasado más de 40 días en Nueva York y Madrid, y algo que resulta bastante obvio desde Nueva York es que la cuarentena en sí no se vive de la misma manera. Las personas que son ricas, privilegiadas y que viven en el campo pueden irse y seguir sus propios asuntos, a salvo y protegidos de la peste en la ciudad.

El otro día estaba en una junta directiva de la universidad donde me gradué. Y alguien preguntó por mi oficina en la llamada de Zoom. Él preguntó: "¿Estás en tu casa? Me parece una oficina bastante elegante". Le dije: "No, estoy en mi despacho en el hospital." Dijo incrédulo: "¿En la ciudad de Nueva York?" Le respondí: "Sí, he estado aquí todo el tiempo". Hice una pausa y continué: "Alguien tiene que cuidar a personas como tú".

No lo dije realmente con malicia o sarcasmo. Pero la realidad es que algunos de nosotros hemos tenido diferentes tipos de confinamiento que otros. En muchos sentidos, el encierro es un lujo que solo los privilegiados pueden permitirse. En mi barrio de la ciudad de Nueva York, que es similar al barrio de Salamanca en Madrid, los edificios están oscuros por la noche. Muchas personas se han ido a sus casas de campo como en el *Decamerón* de Boccaccio. Tienen una segunda residencia y pueden irse.

Estoy en Nueva York. Pero no lo tengo mal. Soy médico de cierta edad, por lo que no estoy en primera línea. En cambio, he estado proporcionando consultas de ética clínica las 24 horas del día dirigiendo a mi maravilloso equipo. Estoy menos en primera línea que cuando era un médico más joven durante la

epidemia de SIDA. Y es mucho mejor que aquellos que son paramédicos o enfermeras o trabajadores de supermercados que están constantemente expuestos a un torrente de contagio.

Por eso, el encierro se ha convertido en un marcador de clase social y resentimiento de clase. Ahora vemos en la reapertura en los EE. UU que los ricos y privilegiados favorecen el bloqueo lento continuo y los desempleados, ahora más de 36 millones - es 10 millones menos que la población de toda España - quieren que todo termine. Es mejor enfermarse que perder el negocio. No lo veo así y solo desearía haber hecho más para evitar estas trágicas decisiones. Todavía podemos hacer más para mitigar esto. La salud económica y pública no deben ser mutuamente excluyentes. De hecho, el peor resultado sería abrir demasiado pronto y tener un pico de los contagios del virus. Eso sería una catástrofe tanto para la economía como para la salud pública. Pensar lo contrario es realmente miope.

5. *¿Cómo evaluaría la dimensión global de la pandemia? ¿Cree que son adecuados organismos como la OMS/WHO para establecer pautas de actuación compartidas?*

Esta ha sido una pandemia mundial. De hecho, por definición, uno no puede tener una pandemia si no es global. Pero desafortunadamente, la Covid-19 se ha contado como una historia local que enfrenta a un país o región con otro. El virus no sabe de fronteras. Hace lo que hace, busca hospedadores. No importa si eres español o francés, chino o estadounidense. Lamentablemente, las fuerzas nacionalistas han empeorado la respuesta y obstaculizado las organizaciones globales mejor preparadas para responder. Estados Unidos también es bastante culpable a este respecto. El ataque de nuestro presidente contra la OMS se produce precisamente en el momento equivocado y está puramente motivado por sus intereses políticos y el desplazamiento de su pura incompetencia e ineptitud y política anticientífica. Mientras escribo nos acercamos a 100,000 muertes en los Estados Unidos. Este es el país más desarrollado del mundo con los CDC y los NIH. Francamente, es absolutamente embarazoso y fue evitable.

6. *¿Qué cree que cambiará después de la pandemia en cuanto al abordaje de conflictos éticos en sanidad?*

Espero que en los Estados Unidos nos demos cuenta de que las disparidades de salud deben rectificarse y que debemos brindar atención médica universal a todos los estadounidenses. En nuestro país está claro que las disparidades preexistentes tuvieron una gran influencia en la incidencia y la posterior morbilidad y mortalidad. Así, cuando las disparidades endémicas se encuentran con un virus pandémico, es como verter gasolina sobre yesca. Simplemente despega y causa estragos. Debemos hacerlo mejor con respecto a la justicia distributiva.

7. *¿Qué otros problemas bioéticos cree que ha suscitado la pandemia? ¿Cómo se han manejado?*

Permítanme reformular la pregunta de lo que ha causado la pandemia a lo que ha revelado. Al menos en los Estados Unidos, creo que ha revelado que nuestra bioética se centra en la autonomía y la autodeterminación, excluyendo otros principios articulados por Beauchamp y Childress. No soy un principialista sino más bien un pragmático de Dewey, pero comparto una anécdota que reveló la patología en la bioética norteamericana: Hablando de los cuatro principios del Beauchamp y Childress, el comentario fue que hay autonomía y otros tres que no se pueden recordar. Creo que el estrés de la salud pública, la inequidad en las comunidades, la necesidad de administrar los recursos de manera justa, nos han hecho a todos muy conscientes de que necesitamos ir más allá de la autonomía y la comodidad de la díada médico-paciente y adoptar una postura más comunitaria en su relación a la asistencia sanitaria. Creo que el sector sanitario español lo ha hecho muy bien y en circunstancias extremadamente difíciles. Tenemos mucho que aprender de todos ustedes al otro lado del Atlántico.

8. *Otros comentarios que desee añadir.*

Me gustaría agregar un comentario sobre las estadísticas que he visto sobre el alto porcentaje de trabajadores de la salud españoles que enfermaron de Covid-19 debido a la ferocidad de la pandemia y la falta de equipos de protección personal. En mi pequeño círculo de amigos y colegas españoles, conozco a queridos amigos que han enfermado. Por la gracia de Dios, todos ellos se han recuperado y solo deseo desearles salud y recuperación continuas.

También quiero agradecer a Lydia por invitarme a comentar aquí en la *Revista Bioética Complutense*. Aunque soy un extranjero en mis huesos, y en mi historia personal y la historia de mi familia sefardí, me siento profundamente español y lamenté desde lejos todo el dolor y la pena que todos vosotros sufríais.

Espero momentos felices y la oportunidad de verlos a todos en persona. Los estadounidenses siempre encuentran curioso que los españoles terminen sus letras con el dicho "Un abrazo fuerte". Ahora yo sé cuán profética es realmente esta frase porque creo que durante todo el confinamiento de la población buscamos proximidad y contacto humano. Sí, si pudiera abrazaros a todos estaríamos más allá de este horror y volveríamos a la apariencia normal.

Con suerte, habremos aprendido tres cosas en el proceso a llegar a la nueva normalidad. Las tres son la importancia de: la equidad; la creencia en el proceso democrático; y una política científica basada en hechos que también refleja nuestros mejores valores. Esa es mi esperanza a largo plazo. Para el corto plazo, una copa en el Café Gijón funcionará bastante bien. Nos vemos pronto en el Paseo de Recoletos...

Unos abrazos fuertes a todos,

Joseph

Henk Ten Have Ph.D., M.D.

Profesor. McNulty College and Graduate School of Liberal Arts
Director del Center for Healthcare Ethics
Duquesne University
Pittsburgh
Director of the Division of Ethics of Science and Technology
UNESCO



1. *¿Considera que la epidemia de COVID-19 ha servido para hacernos conscientes de la necesidad de tener un sistema de salud bien preparado? ¿Qué hemos aprendido en este sentido?*

Después de los brotes de gripe aviar en 2003 y 2004 (virus de la gripe H5N1) que afecta principalmente a las aves y ocasionalmente a los humanos, y después del SARS en 2003 (causado por una cepa particular de coronavirus), la Organización Mundial de la Salud lanzó su Plan Global de Preparación para la Gripe, instando a los países a hacer planes nacionales de bio-preparación. Muchos países hicieron estos planes en vista de una pandemia mortal que los expertos advirtieron que seguramente vendría. Está claro que los planes simplemente se olvidaron cuando la COVID-19 se expandió por todo el mundo. Quizás una razón es que razonablemente no se esperaban pandemias graves. Mientras tanto, hemos tenido Ébola y Zika, pero afectaron principalmente a una región limitada y no se transformaron en pandemias mundiales. Otra razón podría ser que el enfoque en ese momento estaba en primer lugar en la bioseguridad en un sentido limitado, centrado en la amenaza del bioterrorismo. De todos modos, esta nueva enfermedad infecciosa simplemente abruma a todos los países, desarrollados o subdesarrollados.

Lo que también es sorprendente es que se han olvidado las prácticas tradicionales de salud pública. La salud pública en las últimas décadas ha recibido poca atención en comparación con las innovaciones biotecnológicas, farmacológicas y clínicas. La experiencia y el personal se han reducido, y en numerosos países en desarrollo el sistema de salud pública simplemente se ha derrumbado como resultado de las políticas de austeridad. Una de las diez principales causas de muerte en el mundo es la tuberculosis. En 2017, 1.6 millones de personas murieron por esta enfermedad. En ese año, alrededor de 1 millón de niños se enfermaron de tuberculosis y 230.000 niños murieron de tuberculosis. Es el principal asesino de personas VIH positivas. Sin embargo, es una enfermedad curable que se puede prevenir. La enfermedad se transmite por el aire. Las personas con tuberculosis activa pueden infectar a otras 10-15 personas a través del contacto cercano en el transcurso de un año. El enfoque común es identificar casos con pruebas exhaustivas y búsqueda de casos, seguidos de un seguimiento de contacto riguroso y en caso de infección, aislamiento y cuarentena. Esta es la mejor manera de interrumpir la cadena de infección. No está claro por qué este enfoque no se ha seguido con COVID-19. Durante algún tiempo, se depositó toda la confianza en el desarrollo de aplicaciones móviles, pero esto resultó ser más complicado, además de que infringe la privacidad individual. Al menos algunos países no han esperado innovaciones tecnológicas, sino que simplemente han recurrido a las medidas tradicionales de salud pública, contratando miles de rastreadores de contactos.

2. *¿Cuál es su valoración sobre cómo se han tomado las decisiones de racionamiento y distribución de los recursos escasos?*

Durante las primeras semanas, toda la atención se centró en la asistencia hospitalaria, y particularmente en las unidades de cuidados intensivos. Las predicciones fueron apocalípticas. Sin embargo, la mayoría de los países desarrollados lograron producir bastante rápido más equipos de cuidados intensivos, mientras que el aumento previsto en casos graves fue menor de lo esperado. Quizás este enfoque en salvar vidas humanas era inevitable en la primera etapa de la pandemia. Sin embargo, es sorprendente que al mismo tiempo no se hayan hecho preparativos para abordar la escasez de recursos no tecnológicos, como máscaras faciales, batas protectoras e ingredientes básicos para pruebas y medicamentos, de modo que en poco tiempo los brotes importantes afectaron a la enfermería y a las residencias de ancianos.

Las decisiones de asignación estuvieron sesgadas durante mucho tiempo. Solo se centraron en el tratamiento hospitalario, mientras que estaba claro que los cuidados y las residencias eran de las áreas más afectadas de la sociedad. Desde el principio informaron sobre la escasez de equipos de protección personal y

pruebas que en varios países aún no se abordan adecuadamente. Existen preocupaciones similares entre los médicos generales. Siendo la primera línea de defensa, al menos en Europa, su importancia fue completamente descuidada.

3. ¿Se ha podido producir una toma de decisiones basada en presupuestos de maximización de la utilidad en el manejo de esta pandemia? ¿Qué opinión le merece esto?

El utilitarismo fue la principal consideración ética en la primera etapa. Esto implicaba decisiones de no hospitalizar a grupos particulares de personas extremadamente vulnerables. Los dejaron morir en casa o en instituciones. En algunos países, al menos al principio, se hizo hincapié en la "inmunidad de rebaño", un enfoque social-darwinista que acepta que la mayoría de la población se infectaría, asumiendo el riesgo de que muchas personas murieran antes de que el impacto del virus disminuyera. Sin embargo, las predicciones eran demasiado graves (no solo en términos de la cantidad de muertes sino también de la necesidad de camas hospitalarias y en la UCI), por lo que países como el Reino Unido y los Países Bajos tuvieron que cambiar la política de mitigación a supresión. El Comité Nacional de Bioética francés recomendó un enfoque diferente: no centrarse en el resultado en términos de vidas salvadas, sino en la protección basada en la vulnerabilidad de los pacientes. Se sugirió una puntuación de fragilidad de modo que las personas más vulnerables fueran las primeras en recibir cuidados intensivos.

4. ¿Qué implicaciones éticas tiene una medida como el confinamiento de la población?

Esta es la primera vez en la historia que la mayoría de la población mundial debe permanecer en su hogar durante un período prolongado de tiempo. En algunos países es, de hecho, un encierro, que no le da a la gente otra opción. En muchos otros países se trata de "refugiarse en casa", una elección voluntaria hecha por la abrumadora mayoría de las personas. Al mismo tiempo, en muchos países, muchas personas no tienen un hogar o ni siquiera un pequeño apartamento, mientras que en muchos casos el hogar no es realmente un refugio sino un lugar de abuso y violencia. Esta experiencia influirá profundamente en los humanos. Provoca la soledad, el aislamiento y la desesperación, especialmente en personas mayores y enfermas en instituciones de atención donde no pueden recibir visitas ni ver a amigos y familiares. Al mismo tiempo, fomenta acciones de solidaridad y unión. El término "distanciamiento social" está mal; lo que se solicita es "distanciamiento físico", mientras que en muchos casos la conexión emocional está creciendo. Tenemos la suerte de tener hoy tecnologías de comunicación que facilitan los contactos interpersonales, incluso si están distanciados. Quedarse en casa también nos devuelve a la esencia de la existencia humana. Ayuda a escapar del mundo de la abstracción con un bombardeo de números (muertes, infectados y hospitalizados) y enfatizar la importancia de la relación.

La principal implicación ética de la pandemia es la rehabilitación de la noción de bien común. La abrumadora mayoría de la población apoya medidas para frenar la propagación del virus, incluso cuando restringen temporalmente la libertad individual y perjudican la economía. Incluso en los Estados Unidos, el 70-90% de las personas apoyan estas medidas. La pandemia refuerza la conciencia que ya existía hace algún tiempo, especialmente en la bioética europea, de que la autonomía individual es una noción limitada y básicamente relacional. Solo puede florecer en un contexto que lo nutre y lo sostiene. En diversas circunstancias, existen consideraciones éticas más importantes que anulan la autonomía personal, y la salud pública es una de ellas. El conflicto entre salud y libertad es antiguo. Durante la pandemia de gripe en 1918, el alcalde de Pittsburgh puso fin rápidamente a la prohibición de reuniones públicas debido a las próximas elecciones. El bien común no se opone a la libertad individual. Restringir la libertad de movimiento no solo le protege a uno mismo, sino que también muestra responsabilidad social y solidaridad, ya que no expone a los conciudadanos a un virus mortal.

5. ¿Cómo evaluaría la dimensión global de la pandemia? ¿Cree que son adecuados organismos como la OMS/WHO para establecer pautas de actuación compartidas?

La COVID-19 es una ilustración por excelencia de la globalización. El virus no respeta fronteras nacionales ni afiliaciones políticas. Incluso cuando comenzó en un país en particular, no puede ser contenido. Eso resalta la responsabilidad de los países de ser lo más transparentes posible porque la amenaza es global. Por lo tanto, es necesario plantear preguntas sobre la primera respuesta a la infección en China, y será necesaria una evaluación global independiente. Esto es particularmente necesario para prevenir futuras

pandemias y no para culpar o establecer puntuaciones. De hecho, la mayoría de los países han promulgado políticas inadecuadas de modo que toda la humanidad tiene que aprender lecciones. En casi todos los países, quienes han establecido políticas comenzaron con estrategias de negación, incredulidad y defensa, subestimando la necesidad de preparación y prevención.

La pandemia está revelando la cara mortal del neoliberalismo. Esto es evidente en el argumento de que la actividad económica y la productividad son más importantes que la vida humana. En los Estados Unidos, más que en Europa, las mismas personas que se oponen al aborto y la eutanasia están ahora a favor de abrir la sociedad para que la economía pueda reiniciarse. También está emergiendo en el supuesto de que algunas poblaciones pueden desperdiciarse; son redundantes ya que no contribuyen al (re) crecimiento económico. Las personas mayores y vulnerables, especialmente en hogares de ancianos y cárceles, pueden morir; necesitan ser sacrificados para salvar la economía (como los soldados en una guerra). Las personas mayores pueden ser sacrificadas para salvar la economía.

Como amenaza global, la COVID-19 requiere una acción colectiva y global. La única organización internacional que hace esto es la OMS. También es la única entidad que llama la atención sobre muchos países menos desarrollados que no tienen la experiencia o los recursos para hacer frente a la pandemia. Esta organización puede ser criticada con razón, pero está claro que es prisionera de los Estados miembros. No puede actuar como una institución independiente que impone políticas y hace cumplir la implementación. Sin embargo, es una plataforma importante para coordinar actividades, participar en investigaciones internacionales, comparar políticas y reunir académicos e investigadores. Esto es exactamente lo que hizo. Sin embargo, sus recomendaciones han sido ignoradas por muchos países.

6. *¿Qué cree que cambiará después de la pandemia en cuanto al abordaje de conflictos éticos en sanidad?*

La COVID-19 muestra que el cuidado es el núcleo de la atención médica. Afortunadamente, esto es proporcionado por profesionales y por muchas otras personas. Sin embargo, los gerentes, los economistas, quienes formulan políticas y los burócratas no le prestan atención. Durante demasiado tiempo han controlado los servicios de atención médica, centrándose principalmente en la eficiencia y el ahorro de costos. Los que fueron poderosos administradores ahora se han retirado a sus oficinas o están en casa, mientras que los médicos y las enfermeras hacen el trabajo. Muchos proveedores de salud están haciendo sacrificios sustanciales y se los celebra con razón por ello, pero lo hacen porque es el alma de la asistencia sanitaria: cuidar a las personas. Al afrontar el sufrimiento y las muertes cotidianas, tienen que tomar decisiones éticas. La pandemia, por lo tanto, está invirtiendo el equilibrio de poder. En lugar de que los gerentes determinen qué y cuántos servicios se proporcionarán, los profesionales de la salud redescubren su misión y motivación. Esto dará como resultado un reequilibrio de valores. Las perspectivas económicas y burocráticas se reducirán correctamente a lo que son: instrumentos para facilitar la salud y el bienestar. La asistencia sanitaria no puede considerarse como un negocio, ni los hospitales convertirse en empresas comerciales. El recurso más importante en el cuidado de la salud son los proveedores de cuidados y deben ser apoyados y alimentados lo más posible.

7. *¿Qué otros problemas bioéticos cree que ha suscitado la pandemia? ¿Cómo se han manejado?*

Uno de los aspectos más preocupantes de la pandemia es la falta de una respuesta coordinada y global. El nivel de incompetencia entre los responsables políticos y el liderazgo increíblemente malo entre los políticos es sorprendente. Aún más sorprendente es la ausencia total de la voluntad de aprender. La mayoría de los países han elegido un "Alleingang", sin aprender nada de otros países extranjeros. En comparación con otros desastres, la pandemia viene en oleadas; No todas las partes del mundo se ven afectadas al mismo tiempo, por lo que existen oportunidades para adquirir experiencia y conocimiento del virus. Cada país que piensa y actúa por sí mismo exhibe exactamente la mentalidad del populismo nacionalista, pero la comunidad internacional debería haberlo criticado con más fuerza. También es una mentalidad autodestructiva, ya que la pandemia es un fenómeno global que solo puede superarse con una acción global. Lo que falta desde una perspectiva bioética es la solidaridad. Esto no es, en primer lugar, una cuestión de apoyo económico. En un nivel más fundamental, expresa la experiencia de estar juntos en el mismo reto. En este nivel, la solidaridad se manifiesta claramente en los barrios, ciudades y países. También hay ejemplos de solidaridad transnacional, por ejemplo, el tratamiento de pacientes de Francia e Italia en Alemania y Luxemburgo.

No obstante, la pandemia ratificó que la solidaridad requiere medidas específicas. Se reconoce que es necesario contar con instalaciones esenciales para producir materiales básicos, de modo que los países ya no dependan de uno o dos países productores. En 2009, antes de la epidemia de H1N1, Francia tenía mil millones de mascarillas en existencias. Esta reserva no se renovó, con el argumento de que las mascarillas se podían pedir rápidamente a China. Aproximadamente del 60 al 80% de los ingredientes activos de los medicamentos ahora se producen en China e India. Esto ha reducido los costos de producción pero también ha generado problemas de calidad. Además, ya estaba asociado con la creciente escasez de medicamentos antes de la pandemia. La dependencia sanitaria de Europa se demuestra claramente hoy en día.

Se argumenta que la Unión Europea debería desempeñar un papel de liderazgo en el establecimiento de programas comunes para producir ropa de protección, mascarillas, guantes y pruebas. También debería crear una red europea para el intercambio de información científica sobre el tratamiento de la COVID-19. Una coordinación más fuerte de la investigación es imprescindible para tener tratamientos y vacunas. En lugar de tener entidades públicas y privadas competidoras, la UE debería reunir a los mejores equipos de investigación en su territorio. En lugar de que cada país reinvente la rueda, los esfuerzos comunes serían mucho más productivos. Esto requiere repensar la ideología económica neoliberal que ha impulsado la toma de decisiones de la UE desde hace mucho tiempo, contrarrestando las tendencias de externalización y reubicando servicios y materiales esenciales. Se debe abandonar el enfoque de ganancias a corto plazo, dividendos y eficiencia. Desde una perspectiva económica, las acciones son inútiles ya que no tienen retornos financieros inmediatos. Para la salud pública, como hemos aprendido ahora, son esenciales. Además, la UE debería ampliar su papel en la asistencia sanitaria. Esta es ahora la competencia y responsabilidad exclusiva de los Estados miembros. Los resultados son observables en estrategias incoherentes y diferentes de naciones individuales. Será necesario un pacto europeo para la salud, comparable a las acciones de la comunidad frente al cambio climático, la otra gran amenaza global.

La coordinación mundial debería reforzarse fortaleciendo la Organización Mundial de la Salud. Existe la necesidad de una vigilancia epidemiológica más fuerte. El concepto de *One Health* debe implementarse, intensificando la cooperación científica y práctica desde la perspectiva de que la salud humana, animal y ambiental ya no pueden separarse. Al igual que en el área de los derechos humanos, se debe establecer un tribunal sanitario internacional que pueda obligar a los países a compartir información y tomar medidas preventivas y correctivas lo antes posible. La pandemia también ampliará la brecha entre ricos y pobres y exacerbará las disparidades sociales. La única organización global para abordar este tema es la OMS que coopera con otras instituciones globales. Lo mismo cabe decir de la necesidad de mantener el suministro de alimentos que ahora también está amenazado en muchos países.

8. *Otros comentarios que desee añadir.*

La COVID-19 ha revelado muchos escándalos: falta de preparación, falta de equipos de protección y pruebas. Ha perturbado las agendas del nacionalismo y el neoliberalismo. Lo que fue normal ya no será normal. Se requerirá una vigilancia continua, no solo contra el coronavirus sino también contra otros virus que surgirán en el futuro. La pandemia también reequilibrará los intereses públicos y privados. Cambiará el discurso bioético del énfasis en la autonomía individual hacia el compromiso con las necesidades de la comunidad, la responsabilidad compartida, la vulnerabilidad y la cooperación. Con suerte, conducirá a repensar nuestra forma de vida.

Dr. Federico de Montalvo Jääskeläinen

Profesor propio agregado de Derecho Constitucional
Facultad de Derecho (ICADE), Universidad Pontificia Comillas
Presidente del Comité de Bioética de España
Miembro del International Bioethics Committee (IBC) UNESCO
Madrid



1. *¿Considera que la epidemia de COVID-19 ha servido para hacernos conscientes de la necesidad de tener un sistema de salud bien preparado? ¿Qué hemos aprendido en este sentido?*

Creo que el sistema nacional de salud que quedó ya consagrado como un derecho social en nuestra Constitución es una de las mayores conquistas de nuestro Estado social. Así, además, creo que lo percibe la propia ciudadanía, mucho antes de la pandemia. Muestra de ello son las movilizaciones que genera cualquier pretensión política de alteración del servicio, equiparables a las que se producen en otros ámbitos como el educativo.

Por tanto, no creo que la pandemia dé lugar a que se tome conciencia de la importancia que, desde el principio de justicia, tiene un sistema público de salud, pero sí puede incrementar la sensibilidad de los ciudadanos acerca de ello.

Sin embargo, también corremos el riesgo, en mi opinión, de que se consolide, una vez más, el clásico paradigma de la casi absoluta prevalencia de lo asistencial sobre la salud pública. Ciertamente es que la pandemia constituye una crisis de salud pública pero que ha generado un colapso del sistema asistencial y, por ello, podría ocurrir que las demandas de los ciudadanos y las soluciones de los políticos y gestores continúen centrándose en lo asistencial, pese a que hace más de cuarenta años Lalonde (Ministro de Sanidad de Canadá), nos advertía en el estudio que encargó sobre los determinantes de salud que el sistema asistencial ostenta un papel importante en relación a la salud de los ciudadanos, pero, paradójicamente, menor que los hábitos de vida y los entornos saludables.

2. *¿Cuál es su valoración sobre cómo se han tomado las decisiones de racionamiento y distribución de los recursos escasos?*

Creo, como ya pusiera de manifiesto el Comité de Bioética de España, que las decisiones se han adoptado en sede de sociedades científicas y no por parte de los poderes públicos, sustancialmente, el Ministerio de Sanidad, lo que supone una alteración sustancial de las funciones que corresponden a aquéllas y a éste, y una vulneración del principio de igualdad en el acceso a unos recursos sanitarios que, en determinados momentos de la pandemia, se mostraron como escasos.

Incluso, puede afirmarse que se produjo de manera abrupta a principios del mes de marzo y al tiempo de declararse por el Gobierno el estado de alarma una crisis de naturaleza bioética dentro de la crisis de salud pública que estábamos viviendo. Y ello fue fruto, principalmente, de la publicación y difusión de las ya muy conocidas “Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos” del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, que a través de su Grupo de Bioética, aprobó el documento.

Mi comentario no debe entenderse como reproche alguno a dicha sociedad científica o menosprecio de la labor que en esos difíciles momentos llevó a cabo, sino como crítica a los responsables sanitarios que no supieron anticiparse a la situación y promover un documento técnico de unificación de criterios en el acceso a los recursos sanitarios.

Sin perjuicio de que dichas Recomendaciones promueven un modelo de asignación de recursos extremadamente utilitarista e introducen, además, algunos conceptos harto discutibles desde la teoría de los derechos humanos y los principios de igualdad y protección frente a la vulnerabilidad, entre los que destaca el de “valor social”, el problema fundamental radica en que una sociedad científica carece de autoridad y

legitimidad para establecer una priorización de recursos cuando estos son escasos. La cuestión esencial es que no se trataba en ese momento de establecer cuáles son los criterios técnico-científicos en los que se debe basar una asistencia adecuada, ajustada a la *lex artis*, sino establecer unos criterios de distribución de unos recursos repentinamente insuficientes.

Una sociedad científica puede nutrir a la sociedad y a la propia Administración Pública de conocimientos técnicos, pero no establecer la priorización ante una limitación de recursos porque es la propia Constitución la que, tras proclamar el derecho a la salud y su protección en un sentido integral, como bien individual y colectivo en su artículo 43, establece que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”. Así pues, por mandato constitucional, la tutela del derecho a la salud no puede quedar en manos de una asociación de Derecho privado, por muchos conocimientos científicos de que disponga la misma y sus integrantes, porque la decisión es esencialmente política, aunque, obviamente, basada en virtud del principio de racionalidad formal, en la opinión de los expertos.

El propio Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública, dictado en el marco de la crisis del coronavirus y al amparo del estado de alarma, refiriéndose a dicha función de unificación de criterios de priorización, dispone, en modificación de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, que “cuando un medicamento, un producto sanitario o cualquier producto necesario para la protección de la salud se vea afectado por excepcionales dificultades de abastecimiento y para garantizar su mejor distribución, la Administración Sanitaria del Estado, temporalmente, podrá: ... b) Condicionar su prescripción a la identificación de grupos de riesgo, realización de pruebas analíticas y diagnósticas, cumplimentación de protocolos, envío a la autoridad sanitaria de información sobre el curso de los tratamientos o a otras particularidades semejantes”. Es decir, es el Ministerio de Sanidad el que debe establecer los correspondientes protocolos de priorización en el acceso a los recursos sanitarios.

3. *¿Se ha podido producir una toma de decisiones basada en presupuestos de maximización de la utilidad en el manejo de esta pandemia? ¿Qué opinión le merece esto?*

Como ya anticipaba en la contestación a la anterior pregunta, las mencionadas Recomendaciones parecían basarse en un modelo de priorización excesivamente utilitarista, lo que fue rechazado por el Comité de Bioética de España. En su “Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus” se señala que, si bien en un contexto de recursos escasos se puede justificar la adopción de un criterio de asignación basado en la capacidad de recuperación del paciente, en todo caso se debe prevenir la extensión de una mentalidad utilitarista o, peor aún, de prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad. El término valor o utilidad social es extremadamente ambiguo y éticamente discutible, porque todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana.

4. *¿Qué implicaciones éticas tiene una medida como el confinamiento de la población?*

El confinamiento parece que se ha consagrado como la principal herramienta de salud pública frente a la pandemia, a la espera de una vacuna, dado que la alternativa del efecto rebaño ha sido ya descartada de manera unánime por los expertos en atención al alto grado de contagio del virus y a la alta mortalidad de la enfermedad Covid-19.

Sin embargo, sí que la pandemia ha mostrado también un fenómeno que está vinculado al confinamiento y es el de la transformación de todos los problemas en dilemas. El *dilematismo* ha estado bien presente de manera que cualquier opción intermedia entre la libertad de circulación de los ciudadanos y el confinamiento constituía una aparente elección entre la muerte y la vida. La reflexión sobre los valores y sobre los cursos de acción intermedios ha estado poco presente. Puede afirmarse, siguiendo al conocido psicólogo y premio Nobel de Economía, Daniel Kahneman, que el Sistema 1 de nuestro cerebro ha tenido todo el protagonismo en la toma de decisiones.

El Comité de Bioética de España hizo referencia a esta cuestión en su “Declaración sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con Covid-19 al final de sus

vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad”, señalando que, si bien las decisiones que se adoptan en contextos tan graves como el actual, no dejan demasiado espacio para la reflexión, y ello lleva en muchas ocasiones a que aquellas se adopten sin atender a los valores en conflicto o sin considerar la alternativa de cursos de acción intermedios, aun en tiempos tan convulsos como los que estamos viviendo, la reflexión sobre valores debe encontrar un mínimo espacio. Y no debe, pues, caer en la mera asunción de patrones de conducta que se desentienden de deberes tan esenciales en el ámbito asistencial como los de beneficencia y no maleficencia.

Un ejemplo casi paradigmático de un problema transformado en dilema durante la pandemia es, por tanto, el de la casi absoluta exclusión del acompañamiento o de la asistencia espiritual durante el proceso de morir de muchos pacientes. Muchos de nuestros conciudadanos han muerto solos y sin asistencia espiritual porque la solución ha sido extrema, dilemática. Se ha partido de una regla general que se ha aplicado de manera taxativa a todos los casos, obviando una mínima reflexión acerca de las posibilidades de haber facilitado un mínimo acompañamiento o asistencia espiritual ¿Han sido idénticos todos los casos? ¿ha sido el peligro de transmisión del virus el mismo? No lo creo. Y no pretendo en modo alguno minusvalorar ni la importancia y letalidad del virus ni, menos aún, la extraordinaria labor del personal sanitario que ha ido creciendo más allá de sus deberes profesionales, incluso en el acompañamiento y cuidado de dichos pacientes, sino poner dicho déficit en el “debe” de nuestros responsables políticos y gestores.

Este excesivo dilematismo conecta, además, creemos, con la abrupta irrupción del utilitarismo a la que antes hemos hecho referencia. La teoría de la elección racional supone una aproximación puramente dilemática a los problemas morales de manera que de los dos posibles cursos de acción habría que optar por el correcto, que coincidiría con el más altamente probable o con el que tiene mayor posibilidad de éxito, y excluir el que no lo es, no existiendo alternativas a las soluciones extremas, conectando al mismo tiempo, como puede verse, con el utilitarismo.

Y también conectaría con el tercer fenómeno que se ha podido apreciar en esta crisis sanitaria, la sustitución de la política por la ciencia, permitiendo aquélla que sea ésta, con carácter general, la que esté presidiendo la toma de decisiones sobre la pandemia. Las referencias a los expertos, a lo que defienden o proponen los científicos y los técnicos, han sido permanentes en las comparecencias de las autoridades públicas. Incluso, muchas de dichas comparecencias han estado presididas, no por responsables políticos, sino por los propios expertos.

La declaración del estado de alarma no ha supuesto más Derecho, aunque fuera éste de naturaleza excepcional, sino más ciencia, al acomodarse mejor ésta a la flexibilidad que aquél parecía demandar. El estado de alarma, es bueno recordarlo, supone dotar de unos poderes extraordinarios al Poder Ejecutivo en atención a la situación excepcional que se afronta y en exclusiva satisfacción del interés de los individuos que conforman la comunidad, pero sin salirse de las “cuatro esquinas de la Constitución”. Es decir, supone más poder para el Gobierno, pero no menos Derecho. Sin embargo, el “encorsetamiento” de éste, la necesidad de amparar en razones materiales la toma de decisiones que suponen la restricción e, incluso, como ha ocurrido, supresión de derechos y libertades, se torna mucho más fácil cuando la mera invocación de la ciencia y de la opinión de los científicos se pretende tornar en razón suficiente.

En definitiva, utilitarismo, dilematismo y cientifismo son expresiones paradigmáticas del fracaso bioético de esta crisis sanitaria, lo que debe llevarnos a una profunda reflexión a todos los que nos dedicamos desde la filosofía, la ética o el Derecho a la salud.

5. *¿Cómo evaluaría la dimensión global de la pandemia? ¿Cree que son adecuados organismos como la OMS/WHO para establecer pautas de actuación compartidas?*

Creo sinceramente que una crisis como la que estamos viviendo exige claramente más soluciones globales y, a tales efectos, instituciones como la OMS o la propia UNESCO son todavía más indispensables. La palabra pandemia supone una llamada a soluciones globales y también es importante que reflexionemos sobre la dificultad de adoptar decisiones en situaciones como la que hemos vivido con los precedentes pasados en los que un exceso de celo por parte de la OMS terminó por transformarse en una crítica a sus propuestas. Si en ese momento creo que no se hizo justicia con dicha institución, ahora no podemos caer en el mismo error, aunque sea por razones completamente opuestas.

6. *¿Qué cree que cambiará después de la pandemia en cuanto al abordaje de conflictos éticos en sanidad?*

Creo que debemos seguir trabajando en una Bioética vertebrada a nivel territorial, de lo que puede ser una buena muestra la Red de Comités de Bioética Autonómicos y de España (REDECABE) y también seguir impulsando la labor de los Comités de Ética en los centros sanitarios.

Como ha señalado el Comité de Bioética de España en su “Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus”, para la toma de decisiones los profesionales deben contar con la participación de los correspondientes Comités de Ética Asistencial que ya están implantados en la mayoría de nuestros centros hospitalarios. En el proceso de toma de decisiones, si surgen situaciones complicadas y de incertidumbre, convendrá consultar con el Comité de Ética Asistencial (CEA) para que pueda ayudar en la prevención o resolución de conflictos de valores entre las partes implicadas. Y dado que dichos Comités están integrados por un número bastante amplio de personas, el Comité de Bioética animaba a que constituyeran comisiones permanentes que permitieran agilizar su funcionamiento y propuesta de soluciones, optándose por integrar dichas comisiones permanentes con los profesionales que más adecuadamente puedan valorar, por su especialidad, los casos concretos (véase, intensivistas, anesthesiólogos, etc.), procurando que también exista una representación mínima de profesionales con formación bioética y jurídica.

7. *¿Qué otros problemas bioéticos cree que ha suscitado la pandemia? ¿Cómo se han manejado?*

Otro de los problemas, también probablemente derivado del excesivo dilematismo que ha presidido estos convulsos tiempos, ha sido la desatención a muchos pacientes con otras patologías distintas a la enfermedad Covid-19. Como señaló el Comité de Bioética de España, aunque la toma de decisiones sobre la base de una priorización viene ahora exclusivamente provocada por la expansión del coronavirus y el ingente uso de recursos sanitarios que ello conlleva en un corto periodo de tiempo, las decisiones deben adoptarse desde la perspectiva del interés de todos los pacientes ingresados y no solo de los pacientes con coronavirus. Todos los enfermos que lo precisen deben ser atendidos de la mejor manera posible en un Sistema Nacional de Salud (SNS) que es de todos y para todos, como señalara la Comisión de Deontología de la OMC, acertadamente según mi parecer.

La salud de los enfermos con coronavirus ha sido una prioridad, pero igualmente debió serlo la de otros enfermos con diferentes patologías a los que el sistema de salud tiene el mismo deber ético y legal de atender. La priorización debe ser horizontal, incluyendo a todos los pacientes, ingresados con coronavirus o con otra enfermedad, no vertical, otorgando prioridad a aquéllos sobre los demás, y no solo cuando del recurso a medidas de soporte vital se trate.

8. *Otros comentarios que desee añadir.*

Acabo con una reflexión que he dejado escrita en algunos trabajos que he elaborado con ocasión de la reflexión ética y legal sobre la pandemia: la pandemia nos ha mostrado que la política ha podido redescubrir, inintencionadamente, una magnífica herramienta de control social, muy superior al dinero o, como describiera gráficamente hace unos años Lipovetsky en su concepto de sociedad ligera o Byung-Chul Han con su idea de votante-consumidor o espectador pasivo, al propio consumo de masas: la salud. Y, por tanto, la cuestión clave que debería observarse y sobre la que habrá que reflexionar en los próximos meses y que nos sirve para concluir con nuestro trabajo es si la biopolítica, en los términos de Foucault, ha venido o no para quedarse, cual isla de Bensalem con su Casa de Salomón, como soñara Francis Bacon en su *Nueva Atlántida*.

Julian Savulescu BMedSci, MB, BS, PhD
Cátedra Uehiro de Ética Práctica
Faculty of Philosophy, University of Oxford, UK
Director del Oxford Uehiro Centre for Practical Ethics
Director del Oxford Centre for Neuroethics
Director del Institute for Science and Ethics, Oxford Martin School



1. ¿Considera que la epidemia de COVID-19 ha servido para hacernos conscientes de la necesidad de tener un sistema de salud bien preparado? ¿Qué hemos aprendido en este sentido?

La COVID-19 nos ha pillado con los pantalones bajados. Los países occidentales tardaron en restringir la libertad (inicialmente hablando de solidaridad) y esto condujo a la propagación, lo que creó un volumen crítico de infección que ahora solo puede ser controlado ("aplanando la curva"). Los países orientales restringieron la libertad de manera temprana e implementaron medidas como el aislamiento obligatorio con fuertes castigos, vigilancia y rastreo agresivo de contactos. Esto ha llevado a un control mucho mejor de lo que los países occidentales han podido lograr. Corea sufrió un duro golpe pronto, pero respondió de manera agresiva y tiene un extenso seguimiento de contactos, sin bloqueo y solo alrededor de 300 muertes con una población de más de 60 millones de personas.

Los países occidentales estaban mal preparados en términos de equipos de protección personal y equipos de prueba. Esto ha tenido consecuencias letales.

Lo que se debe aprender de esto es que debemos confinar pronto, cortar los viajes internacionales a la primera señal de nuevo contagio, invertir en protección, movilizar pruebas rápidamente y tener un sistema de triaje bien ordenado basado en principios éticos defendibles. No teníamos nada de eso.

Esta es una pandemia predominantemente de personas mayores. El promedio de edad de muertes es de alrededor de 80. En el Reino Unido, alrededor del 90% tienen más de 65 años y aproximadamente la mitad de ellos están por encima de 85. El riesgo de que un joven muera de coronavirus es casi el mismo que morir de un accidente automovilístico. Si la mortalidad hubiera sido uniforme en toda la población, nuestra respuesta habría sido verdaderamente catastrófica. Habrá pandemias mucho peores en el futuro, ya sean naturales o de creadas artificialmente, y debemos aprender de esta desafortunada empresa.

Tenemos mucho que aprender de Oriente en términos de respuesta. La gente sigue hablando de aplicaciones de seguimiento voluntario, que simplemente no funcionarán.

La lección es: restringe la libertad pronto y haces mayor bien y restringe menos la libertad a largo plazo.

2. ¿Cuál es su valoración sobre cómo se han tomado las decisiones de racionamiento y distribución de los recursos escasos?

Los políticos han escapado de tomar decisiones explícitas de racionamiento. Aquí en el Reino Unido, el gobierno se negó a aceptar las recomendaciones de un grupo asesor de ética sobre principios de racionamiento. En cambio, el *National Institute for Clinical Excellence* emitió directrices en relación a que se podrían asignar recursos limitados como ventiladores teniendo en cuenta la "fragilidad". Pero la fragilidad es solo una representación de la probabilidad de supervivencia. En un artículo reciente en el *British Journal of Anaesthesia*, sostengo (con 3 colegas) que todos los países y jurisdicciones deberían asignar recursos tanto a la probabilidad de supervivencia como a la duración del tratamiento porque equivalen a salvar a más personas. Luego proponemos una serie de principios defendibles diferentes:

1. Utilitario: uso de la duración y calidad de vida lograda por el tratamiento (AVAC)
2. Priorizar a los jóvenes o trabajadores de la salud (sobre fundamentos utilitarios o de abandono)
3. Pruebas fijadas de tratamiento seguidas de la retirada si no hay mejora (equidad)
4. Lotería (igualitaria)

Los 4 enfoques son defendibles y apelan a tradiciones éticas válidas.

Sin embargo, debido a que no deseamos considerar procedimientos éticos explícitos, terminamos o bien con "primero que llega, primero servido" o bien con clínicos individuales u hospitales que aplican sus propios criterios personales o institucionales.

"Primero que llega, primero servido" inevitablemente resultará en el uso de recursos por personas con muy pocas posibilidades de supervivencia, que sobrevivirán solo por cortos períodos de tiempo y con una calidad de vida terrible. Por ejemplo, según este principio igualitario, una persona a la que le quedan meses de vida por un cáncer tendría la misma oportunidad de recibir un ventilador que una persona con 20 años por delante. También se le daría a una persona que estaba permanentemente inconsciente o en estado vegetativo a partir de una demencia la misma oportunidad que una persona sana.

Deberíamos trazar líneas y esas líneas deberían ser éticamente defendibles. Pero lo que parece haber sucedido en el Reino Unido es que, sin criterios de racionamiento explícito, ha ocurrido un "preracionamiento" cuando los médicos no derivaron a los residentes de los centros de atención para ancianos al hospital sobre la base de juicios paternalistas sobre la inutilidad. Sin embargo, si el recurso está disponible, debe ofrecerse sobre la base de si es en interés del paciente y si la persona lo quiere.

3. ¿Se ha podido producir una toma de decisiones basada en presupuestos de maximización de la utilidad en el manejo de esta pandemia? ¿Qué opinión le merece esto?

En realidad, las decisiones no se han tomado sobre la base del utilitarismo. Recientemente escribí un artículo en la revista *Bioethics* que describe lo que requeriría el utilitarismo. Es poco probable que los utilitaristas apoyen las decisiones tomadas en la pandemia en Occidente. La duración de la vida o la calidad de vida no han sido partes destacadas de la discusión. Los utilitaristas probablemente no confinarían un país y una economía enteros por el bien de los pacientes de edad avanzada. Lo que parece haber ocurrido es político: los políticos han estado extremadamente preocupados por evitar la pérdida de vidas a corto plazo sin tener en cuenta la pérdida de vidas y sufrimiento a largo plazo. Un enfoque utilitarista consideraría el impacto del confinamiento en la atención médica para todos los pacientes y los efectos económicos, que a su vez tendrán graves consecuencias para el bienestar.

Suecia es el único país europeo que se ha acercado a adoptar un enfoque utilitario y ha sido objeto de críticas constantes, a pesar de que su tasa de mortalidad es inferior a la de Italia, España y el Reino Unido.

Una política más utilitarista habría sido aislar a las personas mayores o las personas vulnerables de las comorbilidades: el confinamiento selectivo. Pero eso no es lo que ha sucedido. Hemos adoptado un enfoque igualitario: "estamos todos juntos en esto". La libertad de todos ha sido igualmente restringida, pero eso significa que los jóvenes están pagando los beneficios para los viejos. También es probable que signifique que haya más sufrimiento del que debe haber. Creo que con el tiempo veremos el precio de proteger la libertad (desde el principio) y la igualdad.

4. ¿Qué implicaciones éticas tiene una medida como el confinamiento de la población?

Colapso económico, consecuencias adversas para la salud. Es muy posible que en algunas partes del mundo, como en Australia, las muertes por retrasos en el tratamiento médico (por ejemplo, el tratamiento contra el cáncer) por el confinamiento superen en número a las muertes por COVID. Después de la crisis financiera mundial, se estima que hubo un exceso de alrededor de 250.000 muertes por cáncer. Habrá otras consecuencias adversas para la salud y el bienestar de causar una recesión global.

5. ¿Cómo evaluaría la dimensión global de la pandemia? ¿Cree que son adecuados organismos como la OMS/WHO para establecer pautas de actuación compartidas?

La OMS falló en intervenir pronto, cuando podría haberse hecho una diferencia. Parece no haber sido tan efectiva, con procedimientos excesivamente burocráticos y democráticos. Hay una necesidad de liderazgo global, acción de decisión, pero no está claro cómo ocurrirá eso. Estamos globalmente poco preparados, poco organizados

6. *¿Qué cree que cambiará después de la pandemia en cuanto al abordaje de conflictos éticos en sanidad?*

Con suerte, habrá un mayor apetito por el aislamiento y la cuarentena en el caso de las pandemias mundiales. Con suerte, invertiremos en equipos de protección personal y le daremos mayor importancia al distanciamiento social. Decenas de miles de personas mueren cada año a causa de la gripe y hace mucho tiempo que deberíamos haber renunciado a prácticas poco saludables como besarse y darse la mano, y adoptar formas orientales más distantes de saludarse. Deberíamos usar mascarillas cuando estamos enfermos. No deberíamos ir a trabajar cuando estamos enfermos.

7. *¿Qué otros problemas bioéticos cree que ha suscitado la pandemia? ¿Cómo se han manejado?*

Los problemas esenciales de la pandemia son:

1. ¿Cuál es el valor de la vida? ¿Son todas las vidas igualmente valiosas, sin importar cuán cortas o de baja calidad?

2. ¿Cuánto deberíamos gastar para salvar una vida? Es probable que la cantidad gastada en salvar una vida con COVID-19 sea de un orden de magnitud mayor de lo que gastamos en toda la vida en atención médica. Necesitamos establecer un límite explícito.

¿Cómo debemos equilibrar la utilidad (o bien / salud) y la igualdad? En la actualidad, existe una retórica sobre el compromiso absoluto con la igualdad, pero en la práctica la gente tiene en cuenta el resultado o la utilidad. Necesitamos desarrollar explícitamente cómo hacemos esto y lo he intentado desarrollando algoritmos éticos que incluyen elementos obligatorios y opcionales ([https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(20\)30410-4/fulltext](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(20)30410-4/fulltext))

Lecciones de ética aprendidas y lecciones restantes de la última crisis mundial de salud pública: Ébola y COVID-19

Lisa Lee PhD.

Ex-directora ejecutiva de la US Bioethics Commission under President Obama
Vice-presidenta asociada de Investigación e Innovación
Profesora del Department of Population Health Sciences
Virginia Tech, USA.

Al igual que el brote de Ébola multipaís en 2014-2015 (OMS 2014), la pandemia de COVID-19 ha presentado desafíos éticos en casi todas las esferas de la vida. A diferencia del Ébola, que estaba contenido principalmente en tres países contiguos en África occidental, COVID-19 alcanzó el estado de pandemia poco después de su inicio en diciembre de 2019 en Wuhan, China (China CDC 2020). Dos virus diferentes, dos epidemias diferentes, pero muchas dimensiones éticas similares.

Tanto la epidemia de Ébola como la de COVID-19 están causadas por virus que fueron mal comprendidos en el inicio del brote. En el momento de ambos brotes no se conocían tratamientos efectivos o vacunas para ninguna de las enfermedades. Los datos empíricos limitados y en rápido cambio hicieron que la comunicación con el público fuera un desafío. Ambas enfermedades requieren el aislamiento de los infectados y equipos de protección personal elaborados para prevenir la transmisión al personal médico que proporciona cuidados y al personal funerario que prepara al fallecido para el entierro. Ambas enfermedades requirieron una rápida investigación epidemiológica y clínica para reducir la morbilidad y la mortalidad. Ambas enfermedades asustaron a las comunidades y exacerbaron las inequidades existentes.

Con muchos puntos en común médicos y éticos, quizás las lecciones de la epidemia de Ébola en 2014-2015 podrían guiar la respuesta global a la pandemia de COVID-19.

La ética como tema de conversación nacional.

Durante 6 meses a finales de 2014 y principios de 2015, la comisión nacional de bioética del presidente estadounidense Obama reunió cerca de 20 expertos en ciencia, ética, medicina, salud pública, política, filosofía y derecho, así como miembros de las comunidades afectadas para explorar las dimensiones éticas de la respuesta de salud pública a la amenazante epidemia de Ébola (PCSBI 2015). El objetivo de la deliberación fue "... recomendar qué más podemos hacer de manera equitativa y efectiva para proteger la salud y el bienestar antes de enfrentarnos a la próxima ... emergencia de salud pública ..." (PCSBI 2015, p 2). En ese momento, no estaba claro si el *virus Ébola* podría poner en peligro el hemisferio norte y diezmar los sistemas de salud y economía de Europa y los Estados Unidos como lo había hecho en Liberia, Sierra Leona y Guinea. Muchos líderes en el oeste estaban preocupados por que las medidas tomadas para controlar la epidemia africana (cierres de fronteras, cuarentenas de toda la comunidad, cierre de escuelas y mercados) no pudieran intentarse ni sostenerse en economías más desarrolladas.

Luego, a principios de 2020, el SARS CoV-2, el virus altamente contagioso y letal que causa la COVID-19, comenzó a extenderse por todo el mundo, cerrando comunidades, escuelas y economías en casi todos los países. Las preguntas sobre lo que debíamos hacer —preguntas éticas—, comenzaron a dominar los titulares. España (Comité de Bioética de España 2020), Francia (CCNE 2020), Alemania (Deutscher Ethikrat 2020), Grecia (Comisión Nacional de Bioética Helénica 2020),

Italia (Comitato Nazionale per la Bioetica 2020) y Reino Unido (The Nuffield Committee on Bioethics, 2020) iniciaron debates nacionales sobre numerosas cuestiones éticas con sus comités nacionales de bioética. No se produjo una conversación nacional similar en los EE. UU. Después de las elecciones de 2016, el nuevo elegido presidente de Estados Unidos no emplazó un comité nacional de bioética, rompiendo una tradición de 40 años de paneles asesores nacionales de bioética (Tobin 2020). Cuando comenzaron a aparecer preguntas éticas asociadas con la respuesta internacional a la COVID-19, no había estructura en los EE. UU. para una deliberación nacional sobre lo que debía hacerse. La recomendación de la Comisión de Bioética de Obama de participar en un proceso de deliberación democrática para facilitar la formulación de políticas nacionales frente a una epidemia era inalcanzable sin un organismo que convocara tal conversación (PCSBI 2015, pág 8).

Recomendaciones para la preparación y respuesta en salud pública

Tras sus deliberaciones sobre las dimensiones éticas de la epidemia de Ébola en 2015, la comisión de bioética de los EE. UU. hizo varias recomendaciones relacionadas con la justificación para un compromiso global en la respuesta a la epidemia, el uso ético de medidas de salud pública que restringen la libertad, como la cuarentena, para controlar una epidemia, y la ética asociada con el diseño de investigaciones durante emergencias de salud pública (PCSBI 2015). ¿Pueden estas recomendaciones ayudar a dirigir la actual respuesta de emergencia a la COVID-19?

Apoyo ético y prudencial para el compromiso internacional.

La conclusión general de la Comisión de Bioética de los Estados Unidos tras el examen de los problemas éticos asociados a la crisis del Ébola en 2014 fue que hay dos justificaciones éticas y prudenciales para apoyar el compromiso global para luchar contra las epidemias. Argumentaron que existe un imperativo moral, basado en la humanidad común y la justicia social, para ayudar a los países a contener epidemias infecciosas. El argumento prudencial para el compromiso se basó en la conclusión de que a todos los países les conviene abordar las epidemias de enfermedades infecciosas en su origen, dado que la transmisión mundial está a solo un vuelo de línea aérea (PCSBI 2015).

Los viajes aéreos desde Wuhan, China, el epicentro del brote de COVID-19, a países de Asia y Europa y hacia los Estados Unidos provocó la pandemia mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 como una emergencia de salud pública de ámbito internacional el 30 de enero de 2020, y en el momento de esta publicación, los países de todo el mundo están luchando por encontrar, con muchas incógnitas, formas éticas de reducir la transmisión y gestionar los casos existentes. Reconociendo los argumentos éticos y prudenciales para la participación mundial, la OMS unió a los líderes mundiales para promover el acceso equitativo a las herramientas necesarias para contener la pandemia, mientras que Estados Unidos, con su creciente nacionalismo y su retirada de la gobernanza internacional, detuvo su financiación anual de 400 millones de dólares a la OMS (OMS 2020, Aljazeera 2020).

Contener epidemias y el principio de menor infracción.

Al abordar la epidemia de Ébola en 2014, la Comisión de Bioética de los Estados Unidos destacó la importancia de contener las epidemias con intervenciones que sean compatibles con el principio de mínima infracción. Recomendaron que el uso de intervenciones que limiten la libertad, como el distanciamiento físico y la cuarentena, se considerasen y justificasen cuidadosamente con la mejor evidencia científica disponible. Los equipos de respuesta de salud pública deberían comunicarse de manera clara, precisa y transparente con las comunidades tanto sobre lo que deben hacer como, y lo más importante, por qué. La integración de la experiencia ética en la preparación de la planificación puede ayudar a los profesionales de la salud pública a articular los fundamentos éticos de las intervenciones restrictivas.

Una diferencia importante entre el virus del Ébola y el SARS-CoV-2 es el modo de transmisión, que es una característica clave para determinar las medidas de contención. El virus del Ébola es un patógeno transmitido por la sangre y, aunque es contagioso (cada persona infectada infecta entre 1,5 y 1,8 personas adicionales [Khan et al. 2015]), uno debe tener contacto cercano con la piel, la sangre y otros fluidos corporales de una persona enferma. El SARS-CoV-2, por otro lado, es un patógeno respiratorio altamente contagioso. En marzo de 2020, los epidemiólogos estimaron que cada persona infectada infecta a 2.2 personas

adicionales (Fauci et al. 2020). Se transmite a través de gotitas respiratorias incluso antes de que aparezcan los síntomas (He et al. 2020). Las tasas de letalidad varían ampliamente en parte debido a las diferencias en edad y comorbilidades, y la falta de pruebas generalizadas. Las tasas de letalidad varían entre un mínimo de menos del 1 por ciento y un máximo de más del 15 por ciento (Our World in Data 2020) .

La COVID-19 es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa y letal, lo que hace difícil la contención. Muchos países instituyeron distanciamiento físico obligatorio de al menos 6 pies o 2 metros, así como órdenes de permanencia en el hogar y toques de queda para minimizar la exposición. Estas medidas que limitan la libertad se implantaron en función de la facilidad con la que el virus parece transmitirse a través del contacto casual con personas que no son conscientes de su infección, las altas tasas de letalidad y una gran incertidumbre sobre el nuevo virus. A las pocas semanas de las órdenes que limitan la libertad, muchos países se enfrentaron a protestas civiles que exigían el fin de las restricciones de movimiento para reactivar la economía. Las protestas ponen en duda si las respuestas gubernamentales a la pandemia consideraron el principio de la menor infracción. Ante un dilema ético, sin embargo, no puede considerarse un solo principio.

Este nuevo virus presenta una serie de prioridades conflictivas que se enfrentan entre sí y forman un clásico dilema ético. La libertad, una prioridad muy valorada, entra en conflicto en este caso con otros valores importantes, como la salud, la solidaridad y la vida misma. Al considerar estos y otros valores relacionados, así como la mejor evidencia disponible con respecto a la transmisión viral y la letalidad, las órdenes de permanencia en el hogar y de distanciamiento físico se alinean con la recomendación de la comisión de bioética de que tales estrategias de contención, cuidadosamente consideradas y basadas en la mejor evidencia disponible son éticamente sólidas.

Muchos países han planteado la cuestión de cuán sostenibles son tales estrategias de contención que limitan la libertad frente a las graves consecuencias económicas (Allen et al. 2020). Otros han planteado preguntas sobre el impacto en otras causas de morbilidad y mortalidad, aunque todavía no se dispone de datos fiables (Appleby 2020). En una situación de datos poco claros y en constante evolución, es de vital importancia que los responsables de la toma de decisiones permanezcan transparentes y abiertos a la nueva información. Esto, argumentó la comisión de bioética de los Estados Unidos, es un paso esencial en la deliberación de soluciones éticas (PCSBI 2016) .

Diseño ético de la investigación durante emergencias de salud pública.

Las recomendaciones finales del informe de la comisión de bioética de EE. UU. sobre la epidemia de Ébola de 2014 se relacionaron con el diseño ético de la investigación ante una emergencia de salud pública que involucra un nuevo agente infeccioso (PCSBI 2015). Frente a la epidemia de Ébola, dos problemas de diseño de investigación fueron particularmente peligrosos desde el punto de vista ético: el intercambio internacional de biospecímenes desde África hacia el oeste para el desarrollo de tratamientos y vacunas, y el uso de placebo en ensayos controlados aleatorios.

Durante la epidemia de Ébola, se expresó preocupación por el uso de especímenes y datos de África occidental para desarrollar tratamientos y vacunas contra el Ébola que estarían disponibles y serían asequibles solo para países fuera de las áreas más afectadas, países de los cuales provenían los especímenes y los datos. En la pandemia de COVID-19, la OMS informa de una cooperación continua y un intercambio temprano de muestras y datos para promover los esfuerzos mundiales para contener la pandemia (OMS 2020a). Estos esfuerzos de colaboración se alinean con los documentos de orientación internacionales que abordan el intercambio de información de vigilancia de salud pública publicada en los años posteriores a la epidemia de Ébola (Edelstein et al. 2018, OMS 2017). Queda por ver la resolución de las preocupaciones éticas sobre el acceso justo y equitativo a tratamientos, vacunas y otras intervenciones de salud pública desarrolladas con la ayuda de datos y muestras compartidas, pero tanto la comisión de bioética de EE. UU. como la OMS subrayan el imperativo ético de compartir equitativamente basado en la justicia y la reciprocidad (PCSBI 2015, OMS 2011) .

La otra preocupación ética importante sobre la investigación durante la epidemia de Ébola de 2014 fue el uso de placebo en ensayos controlados aleatorios para el desarrollo de tratamientos y vacunas. Si bien el uso de placebos planteaba cuestiones éticas antes del Ébola y la COVID-19, su uso en ensayos cuando no existe un tratamiento aprobado para la afección es menos polémico que cuando existe una atención estándar. Dado que el diseño del ensayo controlado con placebo produce la evidencia más fuerte más rápidamente, se debe considerar su uso, a pesar de que algunos pacientes desesperadamente enfermos serán asignados al azar a la rama

de placebo. La comisión de bioética recomendó que "los diseños de ensayos deben ser metodológicamente rigurosos y capaces de generar resultados que sean claramente interpretables, aceptables para las comunidades de acogida y, en la medida de lo posible, minimizar los retrasos para completar la investigación (PCSBI 2015, p 42)". También recomendaron que se considerasen diseños innovadores siempre que cumplieran con estos criterios. La COVID-19, como el Ébola, carece de un tratamiento o vacuna aprobados, y los diseños de investigación también deberán ser rigurosos, aceptables y rápidos.

Lecciones aprendidas y lecciones restantes

Los desafíos bioéticos de las epidemias de enfermedades infecciosas son numerosos y complejos, e incluyen preguntas sobre ética clínica, ética de la salud pública y ética de la investigación, entre otros. Durante la epidemia de Ébola de 2014, y ahora durante la pandemia de COVID-19, la respuesta de una sociedad al sufrimiento humano expresa una declaración indeleble sobre el carácter de su gente. En 2015, la comisión de bioética de los Estados Unidos abordó varios desafíos éticos a los que se enfrenta una nación en su respuesta a una emergencia de salud pública global. Si bien hemos aprendido mucho de las lecciones del Ébola, algunas ideas importantes se nos escapan. Hemos aprendido lecciones sobre el diseño de la investigación, el intercambio de datos y muestras, y la distribución justa de los beneficios de la investigación. Probablemente haremos eso mejor esta vez. Sin embargo, muchos de nosotros seguimos luchando con las ideas de mutualidad, solidaridad y bien común. Con la COVID-19 tenemos otra oportunidad para reconocer cómo la salud de una persona en el otro lado del mundo puede afectar a la salud de todos nosotros. Estas lecciones sobre la conectividad y el florecimiento humano mutuo seguirán presentarse hasta que las aprendemos.

Conflictos de intereses: ninguno declarado.

Aprobación de sujetos humanos: no aplicable.

Referencias

Aljazeera. (April 15, 2020). World reacts to Trump withdrawing WHO funding. <https://www.aljazeera.com/news/2020/04/world-reacts-trump-withdrawing-funding-200415061612025.html>

Allen D, Berg C, Davidson S, Lane AM, Potts J. (2020). The problem of 'freezing' an economy in a pandemic. Cryoeconomics: How to Unfreeze an Economy. Available at SRN: <https://ssrn.com/abstract=3572365>

Appleby J. (2020). What is happening to non-covid deaths? *BMJ*;369:m1607. doi 10.1136/bmj.m1607.

China CDC. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) — China. *Vital Surveillances*. China CDC Weekly, 2(8): 113-122. <https://cdn.onb.it/2020/03/COVID-19.pdf.pdf>

Comitato Nazionale per la Bioetica. (April 15, 2020). Covid 19: clinical decision-making in conditions of resource shortage and the "pandemic emergency triage" criterion. <http://bioetica.governo.it/en/opinions/opinions-responses/covid-19-clinical-decision-making-in-conditions-of-resource-shortage-and-the-pandemic-emergency-triage-criterion/>

Comité de Bioética de España. (2020). INFORME DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA SOBRE LOS ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA PRIORIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS DEL CORONAVIRUS. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>

Comité Consultatif National d'Éthique. (March 13, 2020). CCNE's contribution to the fight against COVID-19: Ethical issues facing a pandemic. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/la-contribution-du-ccne-la-lutte-contre-covid-19-enjeux-ethiques-face-une-pandemie>

Deutscher Ethikrat. Solidarity and Responsibility during the Coronavirus Crisis. (March 27, 2020).

<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/englisch/recommendation-coronavirus-crisis.pdf>

Edelstein M, Lee LM, Herten-Crabb A, et al. (2018). Strengthening global public health surveillance through data and benefit sharing. *Emerging Infectious Diseases*. 24(7):1324-1330. doi:10.3201/eid2407.151830.

Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. (2020). Covid-19 — Navigating the uncharted. *N Engl J Med*; 382:1268-1269.

He, X., Lau, E.H.Y., Wu, P. et al. (2020). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med*. doi 10.1038/s41591-020-0869-5.

The Hellenic National Bioethics Commission. (March 17, 2020). Opinion on the individual responsibility in response to COVID 19 (coronavirus), a critical issue during the pandemic. <http://www.bioethics.gr/index.php/en/anakoinosis/2664-new-recommendation-of-the-hnbc-the-bioethical-dimension-of-individual-responsibility-in-response-to-covid-19-coronavirus>

Khan A, Naveed M, Dur-e-Ahmad M, Imran M. (2015) Estimating the basic reproductive ratio for the Ebola outbreak in Liberia and Sierra Leone. *Infectious Diseases of Poverty*;4(13). doi 10.1186/s40249-015-0043-3.

The Nuffield Committee on Bioethics. (2020). Research in global health emergencies: ethical issues and related COVID-19 blogs and news items. <https://www.nuffieldbioethics.org/topics/health-and-society/covid-19>

Our World in Data. (May 3, 2020). Case fatality rate of the ongoing COVID-19 pandemic. <https://ourworldindata.org/grapher/coronavirus-cfr>

Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (February 2015). Ethics and Ebola: Public health planning and response. PCSBI: Washington DC, USA.

Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (May 2016). Bioethics for Every Generation: Deliberation and Education in Health, Science, and Technology. PCSBI: Washington DC, USA.

Tobin JS. (March 25, 2020). Trump needs a bioethics commission to guide the coronavirus response. *National Review*. <https://www.nationalreview.com/2020/03/coronavirus-elderly-patients-bioethicists-must-guide-trump-response/>

WHO. (2011). Geneva: World Health Organization. Pandemic influenza preparedness framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits.

WHO. (2017). Geneva: World Health Organization. WHO guidelines on ethical issues in public health surveillance.

WHO. (2014). Ebola Response Team. West African Ebola epidemic after one year—Slowing but not yet under control. *New Engl J Med*; 372:584-587.

WHO. (2020a). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 16-24 <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

WHO. (2020b). Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19): <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>

Orientaciones ético-médicas para la atención de pacientes críticos en contexto de pandemia por COVID-19*

Dra. Diana Aurenque¹

Universidad de Santiago de Chile

Dra. Ruth Marcela Espinosa

Universidad Andrés Bello

Dr. Juan Alberto Lecaros

Universidad del Desarrollo

Dr. Daniel Loewe

Universidad Adolfo Ibáñez

Dr. Raúl Villarroel

Universidad de Chile

Introducción

La actual situación de pandemia producto del coronavirus SARS-CoV2, que provoca un trastorno sistémico denominado COVID-19, nos pone ante una serie de desafíos que atañen, especialmente, al sistema de salud. De acuerdo con lo que hasta ahora se conoce de la enfermedad, aproximadamente el 80% de los casos COVID-19 manifiestan un cuadro respiratorio leve, mientras que se estima que un 20% desarrolla una neumonía que requiere hospitalización y entre un 5% y el 16% necesitan ser atendidos en una unidad de cuidados intensivos (UCI).² Adicionalmente, la letalidad de COVID-19 varía entre un 1% y un 8%.³ Lo preocupante de esta variabilidad radica en que ella se produciría “principalmente por la sobrecarga del sistema sanitario que dificulta la atención de los casos graves”.⁴ Ello se explica, además, considerando que los sistemas de urgencia no solo tratan a pacientes críticos COVID-19, sino también a pacientes críticos por otras causas. Otra variable importante en la letalidad también se explica por la dificultad para conocer el número real de infectados, en cuanto no se están haciendo tests de manera masiva).

* El siguiente artículo es una traducción al castellano del texto titulado *ETHICAL-MEDICAL ORIENTATIONS FOR THE ATTENTION OF CRITICAL PATIENTS IN THE COVID-19 PANDEMIC CONTEXT*, publicado en: RAMON LLULL JOURNAL OF APPLIED ETHICS, via ONLINE FIRST (Due for issue 12 -2021):

<https://www.url.edu/sites/default/files/content/file/2020/05/26/68/a11-aurenque-et-al-covid-19.pdf>

¹ Corresponding author. diana.aurenque@usach.cl

² Sociedades de Enfermedades Respiratorias, Epidemiología, Infectología y Medicina Intensiva Chile: https://www.medicina-intensiva.cl/site/docs/sociedades_covid19.pdf

³ Recomendación de la Asociación Alemana Interdisciplinaria Para Medicina Intensiva y De Emergencia; *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)*, realizada por siete Sociedades Alemanas de Enfermedades Respiratorias, Epidemiología, Infectología y Medicina Intensiva

Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie

⁴ Recomendación de la Asociación Alemana Interdisciplinaria Para Medicina Intensiva y De Emergencia; *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)*, realizada por siete Sociedades Alemanas de Enfermedades Respiratorias, Epidemiología, Infectología y Medicina Intensiva

Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie

En la medida de que los sistemas sanitarios a nivel global son heterogéneos, también serán diversos los desafíos específicos que tendrán que atender en una pandemia. En el caso de sistema sanitario chileno, éste consta de un sector público y privado, tanto en la provisión de seguros como en la prestación de servicios de salud. Para el sector público, que cubre al 78% de la población, existe el seguro Fondo Nacional de Salud (FONASA), mientras que el 14,4% se acoge a algún tipo de seguro ofertado por las Instituciones de Salud Previsional privadas (ISAPRE). Un 3%, en tanto, se acoge a los subsistemas de las Fuerzas Armadas, y de Orden y Seguridad⁵. El órgano rector del sistema es el Ministerio de Salud, quien determina las políticas sanitarias y opera en articulación con las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y el Instituto de Salud Pública (ISP). Para el manejo de la pandemia por COVID-19, la autoridad sanitaria ha dispuesto que a contar del 1 de abril el Ministerio de Salud estará a cargo de la gestión de los recursos de que disponen los prestadores privados de salud, conformando una sola red asistencial de prestadores de salud que gestiona las camas críticas, en un esfuerzo conjunto para dar atención oportuna a la mayor cantidad de personas contagiadas por el virus que así lo requieran.⁶

Desde luego, uno de los asuntos urgentes a resolver es aumentar la cantidad de camas críticas y distribuir las a los diversos recintos hospitalarios. Pero, en la medida que los *peaks* de contagio son difíciles de pronosticar porque varían de acuerdo a múltiples variables (cuarentenas rígidas o semirrígidas, capacidad de testeo masivo, aislamiento efectivo de contagiados, etc.), es difícil garantizar que el sistema sanitario nacional podrá ofrecer tratamientos de cuidados intensivos a todos quienes lo necesiten. Así, la falta de recursos sanitarios podría llevar a que los médicos se vean en una difícil situación de distribución de los mismos. En caso de saturación de la atención de urgencia, los médicos tendrán que clasificar – como ya ha ocurrido en países europeos – entre pacientes prioritarios y pacientes que, también con riesgo vital, deberán ser derivados a otro tipo de cuidados, como control del dolor y cuidados paliativos integrales. Existe, sin embargo, evidencia⁷ de que dichas decisiones tienen un impacto profundamente estresante para los profesionales de la salud. Dado que son ellos mismos quienes en su diario vivir arriesgan su salud por la protección de otros, deberían ser protegidos no solo con lineamientos rigurosos de seguridad que permitan que realicen su labor con el menor riesgo posible de contagio (recomendaciones de COLMED CHILE)⁸, sino también mediante orientaciones éticas que los apoye en la toma de decisiones en situaciones críticas. Este esfuerzo se alinea con quienes sostienen que en una pandemia el “deber de planificar” se torna una obligación prioritaria.⁹

Objetivo de las orientaciones ético-médicas

En el contexto de una pandemia, la ética en salud pública debe ser conciliada con aspectos de ética clínica.¹⁰ Ello implica que los lineamientos deben respetar no solo principios ético-médicos que centran su esfuerzo en el paciente particular, sino, especialmente, en los principios de una ética de salud pública, fundada en el principio de justicia y que

⁵ Reporte Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno, Serie de Salud Poblacional N°2. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, 2019.

⁶ Resolución Núm. 156 exenta.- Santiago, 1 de abril de 2020. Diario Oficial.

⁷ Recomendación de la Asociación Alemana Interdisciplinaria Para Medicina Intensiva y De Emergencia; *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)*, realizada por siete Sociedades Alemanas de Enfermedades Respiratorias, Epidemiología, Infectología y Medicina Intensiva

Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie; Recomendaciones Éticas para la Toma de Decisiones en la Situación Excepcional De Crisis Por Pandemia Covid-19 En Las Unidades De Cuidados Intensivos. (Semicyuc); De la Sociedad Española de medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

⁸ Recomendaciones del Colegio médico de Chile: <http://www.colegiomedico.cl/recomendaciones-para-el-uso-de-epp/>

⁹ Hastings Center, Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice: <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>

Recomendaciones Éticas para la Toma de Decisiones en la Situación Excepcional De Crisis Por Pandemia Covid-19 En Las Unidades De Cuidados Intensivos. (Semicyuc); De la Sociedad Española de medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

¹⁰ Royal College of Physicians (RCP), Ethical dimensions of COVID-19 for frontline staff 2 April 2020.

centrado en los derechos humanos¹¹. Ante una posible saturación sanitaria, los lineamientos deben proporcionar orientaciones éticas para priorizar pacientes y maximizar los beneficios para la mayoría de la población. La priorización se orienta por ello en un marco utilitarista, que busca salvar la mayor cantidad de vidas, de años-vida y con consideración de la etapa vital,¹² sin por ello desatender la dignidad de las personas. En este sentido no se trata de considerar únicamente criterios epidemiológicos, sino también establecer criterios éticos que sean socialmente aceptables.

Actualmente, el mundo médico y bioético internacional ha comenzado a reaccionar y concientizar sobre el desafío ético que implica la actual pandemia. También en nuestro país se ha comenzado a elaborar recomendaciones y/o lineamientos éticos para afrontar una posible saturación del sistema sanitario. Por ello, el presente documento solidariza con la tarea impostergable de **ofrecer lineamientos ético-médicos aceptables en contexto de pandemia**, que permita a los profesionales de la salud orientarse en situaciones complejas como la priorización en la atención de pacientes con riesgo vital. Con ello, la responsabilidad de sus decisiones se ve apoyada por orientaciones que han sido a su vez consensuadas y respaldadas por una comunidad de expertos que, a su vez, toma como fundamento las experiencias comparadas de diversas recomendaciones internacionales.

El dilema ético del triaje

En contexto de pandemia, las salas de urgencia y las unidades de cuidados intensivos de los centros hospitalarios deberán más frecuentemente aplicar las llamadas estrategias de triaje. Una estrategia del triaje es necesaria cuando se constata que los recursos médicos disponibles son insuficientes para ofrecer tratamiento a todos los pacientes que se encuentren en riesgo vital, y los médicos deben clasificarlos y ordenarlos en diversas categorías de importancia. Existen dos escenarios posibles de priorización, donde los médicos se ven en la obligación de decidir y determinar qué pacientes con riesgo vital deben recibir y/o dejar de recibir tratamiento prioritario: a) priorizar entre varios pacientes con riesgo vital que deben recibir atención y donde los recursos médicos son limitados (traje ex - ante) y b) determinar, cuando todos los equipos estén ya siendo usados por pacientes, en qué casos se debe cesar el tratamiento (traje ex - post).¹³ En ambos escenarios se trata de problemas éticos extremadamente complejos, pero en gran medida equivalentes: pues, mientras que en el caso ex - ante, solo un paciente es priorizado y se inician cuidados intensivos (dejando otros fuera); en el otro caso, debe decidirse interrumpir tratamientos iniciados. Desde luego, en contextos de triaje, la forma en que se decida priorizar beneficiará a algunos, pero también perjudicará a otros.

Principios éticos generales

Las decisiones de triaje responden no solo a deberes ético-médicos particulares de la profesión, sino que deben estar en concordancia con otros derechos sociales y políticos más amplios. Si bien es necesario establecer criterios para priorizar entre pacientes, dicha evaluación jamás debe poner en cuestión el igual valor de la vida de todas las personas. Por ello, la estrategia de triaje que se decida, debe garantizar, en primera instancia, respetar el principio **bioético de justicia** y de ser **respetadas en su dignidad**¹⁴. Mientras que el primero se refiere a garantizar que toda persona no será discriminada por razones injustificadas y tendrá un acceso acorde con sus necesidades específicas en salud, el segundo se manifiesta concretamente como respeto a su autonomía, el respeto de sus decisiones conforme a sus creencias,

¹¹ UNESCO statement on covid-19: ethical considerations from a global perspective: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115>

¹² White, D. B., Katz, M. H., Luce, J. M., & Lo, B. (2009). Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Annals of internal medicine*, 150(2), 132–138. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-2-200901200-00011>

¹³ Deutscher Ethikrat, Consejo de Ética Alemán: <https://www.ethikrat.org/pressekonferenzen/der-deutsche-ethikrat-zur-corona-krise/>

¹⁴ Contribution du comité consultatif national d'éthique: enjeux éthiques face à une pandémie: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/la-contribution-du-ccne-la-lutte-contre-covid-19-enjeux-ethiques-face-une-pandemie>

valores y preferencias. Se trata de garantizar que toda persona, independiente de su edad, condición económica, nacionalidad, género, etnia o edad, recibirá un trato igualitario y será respetado en sus decisiones clínicas. Precisamente en el contexto chileno, compuesto por una población multicultural y diversa, se debe respetar la autodeterminación de las personas en relación con sus determinaciones médicas, siempre y cuando estas no pongan en riesgo la salud pública. Ahora bien, pese a que se respeten dichos principios básicos, en casos de catástrofe como lo es una pandemia, ninguna decisión será la óptima. El escenario de una pandemia no es mera carencia de recursos médicos, sino catástrofe en múltiples niveles, y por ello no permite aspirar a soluciones éticas maximalistas. Con todo, es razonable lograr conciliar recomendaciones **ético-médicas aceptables**, sensibles ante la urgencia de maximizar la salud de la población, mediante **procedimientos conocidos y aplicados consecuentemente por el equipo médico y que sean de conocimiento público**.

La categorización de los pacientes mediante una estrategia de triaje determinada debería permitir **maximizar beneficios** mediante la optimización de la distribución de los escasos recursos médicos. Distribuir dichos recursos de la mejor manera posible significa que la mayor cantidad de pacientes que lo necesiten saquen provecho clínico de ellos. En la mayoría de las recomendaciones éticas internacionales de las que se dispone para estrategias de triaje, se reconoce frecuentemente el mandato ético utilitarista implícito de **salvar la mayor cantidad de vidas y maximizar los años-vida**. Ahora bien, dado que para “salvar vidas” no existe un algoritmo médico en tanto cada paciente es un caso individual con una patografía igualmente singular, el equipo médico, además de recurrir a criterios ético-médicos del triaje, debe aplicar siempre su buen juicio. Por ello, se trata no solo de salvar vidas, sino también garantizar que la mayor cantidad de personas que accederán a los recursos médicos, podrán tener un beneficio del tratamiento.

Criterios ético-médicos específicos

Si bien existe una pluralidad de criterios en una también amplia multiplicidad de recomendaciones internacionales, la presente propuesta si bien evita el detalle evaluativo clínico profundizando en aspectos propios de la reflexión ética, se mantiene en un marco de *minima moralia* que logre el mayor consenso posible entre los médicos y que constituya una herramienta que les sea útil. Siguiendo recomendaciones internacionales, destacan los siguientes **criterios ético-médicos específicos** que deberían ser considerados a la hora de la evaluación *in situ* de la admisibilidad de pacientes críticos a cuidados intensivos:

- **Autonomía del paciente:** Un criterio fundamental, aceptado ampliamente en la ética médica y enfatizado transversalmente en diversas recomendaciones internacionales, consiste en respetar la autonomía del paciente. Ello significa aclarar si el paciente ha dejado por escrito o expresado de otra forma, si deseaba ser reanimado y/o conectado a soportes vitales y/o bajo qué circunstancias. En caso de que el paciente no pueda expresarse en este aspecto ni disponga de documento de Voluntades Anticipadas (o testamentos vitales) se precisa entonces de la información de terceros, como sus familiares, pero únicamente en virtud de aclarar la voluntad expresa del paciente. En ningún caso la voluntad del paciente debe ser supeditada a cualquier consideración de paternalismo médico o familiar.
- **Beneficio clínico a corto plazo:** En los casos de triaje ex – ante, un primer criterio médico fundamental para evaluar si un paciente debe ingresar a la UCI es el pronóstico de beneficio clínico a corto plazo.¹⁵ Aquí se trata de detectar al paciente que sacará el mayor provecho de la intervención en el más corto tiempo. Los pacientes que tengan probabilidad de sacar el mayor beneficio en el más corto plazo (días-camas) por recibir cuidados intensivos deberían ser priorizados. Siguiendo una buena praxis clínica, se debe adecuar el esfuerzo terapéutico

¹⁵ Recomendación de la Asociación alemana interdisciplinaria para medicina intensiva y de emergencia; *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie; Recomendaciones de la Sociedad Suiza de Medicina Intensiva* <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>

(no iniciar o retirar medidas de soporte vital en escenario de triaje ex - post) cuando la intervención sea desproporcionada y fútil. Para esta evaluación, deben utilizarse criterios clínicos objetivos como *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) u otro método similar y reconocido. Dado que la mayoría de los pacientes críticos por COVID-19 probablemente serán adultos mayores, es esperable que dichos pacientes requerirán más esfuerzo médico por presentar, por lo general, más enfermedades crónicas.

- **Evaluación constante:** Particularmente en los casos de triaje ex – post, es decir, en contextos donde pacientes se encuentran utilizando soportes vitales escasos y/o que se requieren con urgencia para otros pacientes críticos, el equipo médico debe evaluar constantemente la mejora terapéutica y/o condición de los pacientes. En casos donde no se logre estabilizar al paciente o donde su estabilidad es de suma fragilidad y con una nula perspectiva de rehabilitación, no existe indicación médica para mantener los soportes vitales.¹⁶
- **No abandono del paciente:** En caso de que un paciente no sea priorizado en la atención crítica, no significa que sea abandonado. El paciente debe recibir una adecuada atención para el control sintomático del dolor si lo amerita y/o recibir cuidados médicos paliativos integrales de calidad y de acuerdo con sus necesidades. Este principio se promueve explícitamente por las recomendaciones del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) para los Comités de Ética Asistencial.
- **Control múltiple interdisciplinario:**¹⁷ Este criterio implica que las decisiones que se tomen con relación a la admisión o rechazo de pacientes a cuidados críticos deberá ser respaldada por al menos dos profesionales de la salud con experiencia en UCI. Uno de ellos no debe ser parte del equipo médico para favorecer la objetividad, descargar del distrés moral de la decisión a los miembros del equipo, y para garantizar la transparencia. En vistas de aminorar el tiempo en la toma de decisiones, se recomienda que solo en casos de discrepancias entre los médicos se acuda al Comité Ético Asistencial de su centro clínico. Estos a su vez, deben orientarse de acuerdo con las recomendaciones éticas de la Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud (CEAM).

Anticiparse a casos de mayor complejidad

La actual pandemia nos pone en escenarios donde no es completamente previsible el universo de casos posibles que puedan requerir de priorización. Por ello, estas recomendaciones en ningún caso son exhaustivas y no pueden adelantarse a todos los conflictos que puedan surgir en la distribución de recursos. Sin embargo, algunos dilemas éticos son previsibles y necesitan de orientaciones concretas. Ambos casos desafían a la ética, pero nos exigen buscar principios que permitan mantener el objetivo de maximizar los beneficios médicos para la mayor cantidad de personas y distribuirlos equitativamente a la mayor cantidad de personas que lo necesiten.

- A) La priorización entre dos o más pacientes que al ser evaluados bajo los mencionados criterios, califican de igual o similar evaluación clínica respecto de su beneficio terapéutico, pero no todos pueden ser atendidos.
- B) Necesidad de criterios adicionales ante una saturación desproporcionada y en aumento del sistema sanitario.

En ambos escenarios hay dos principios más controvertidos que adicionalmente deberían ser aplicados:

¹⁶ Academia para Ética en Medicina; *Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung im Rahmen der COVID-19-Pandemie* (Stand: 31.03.2020) Possibilities and limits of institutional ethics services in response to the COVID-19 pandemic (english version)

¹⁷ Recomendación de la Asociación alemana interdisciplinaria para medicina intensiva y de emergencia; *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie*

- **Expectativa de vida:** Como criterio adicional para priorizar pacientes, varias recomendaciones (Italia¹⁸, Austria¹⁹ y Suiza²⁰) han incorporado la cantidad de años de vida. En casos de saturación del sistema se recomienda ponderar el criterio de la mayor cantidad de vidas salvadas (implícito en el beneficio a menor corto plazo) junto con el criterio de mayor cantidad de años de vida a la vez. Así, una persona puede tener un buen pronóstico de beneficio clínico de corto plazo, pero no tan buen pronóstico de supervivencia después del alta por lo que no sería priorizado. Por el contrario, una persona puede tener, en comparación con la anterior, menor pronóstico de beneficio clínico a corto plazo, pero mayor pronóstico de vida después del alta y por ello, ser priorizado.
- **“First come, first served”:** según esto, y agotados ya los demás criterios de asignación, quien llega antes a la sala de urgencia tendría prioridad de ser atendido. Este principio aparece en recomendaciones de Inglaterra²¹ y Austria.²² Ciertamente este criterio tiene la desventaja, de que las personas que están o viven más cerca de los centros de urgencia tendrán atención con prioridad.²³

Comentarios Finales

Los criterios y las reflexiones presentadas en este texto, como se dijo, no pretenden ser exhaustivas, ni en relación con los criterios posibles que deben ser considerados como aceptables en contexto de una pandemia, ni tampoco en el contexto de lo éticamente deseable. La situación de triaje refiere a una situación trágica, donde el mejor de los mundos, la mejor de las opciones (salvar a todos o tratarlos a todos) no es posible. Por ello, estas orientaciones pretenden generar un marco ético referencial aceptable, consistente y razonable que apoye la difícil labor que tendrán los profesionales de la salud en las salas de urgencia.

Adicionalmente a mantenernos en un enfoque de *minima moralia*, estos lineamientos buscan contribuir a enriquecer el debate público nacional, complementando la reflexión que las organizaciones civiles nacionales (como la Mesa Social COVID-19) y la autoridad sanitaria (comisión asesora del MINSAL) han realizado. En situaciones de complejidad extrema, como se vive en la actual pandemia, las dificultades que conllevan consensuar puntos de vistas respecto de decisiones éticamente aceptables ante una priorización de pacientes, debe ser parte de un debate público amplio. Pues solo mediante un diálogo transparente con la comunidad es posible mantener confianzas y establecer procedimientos que la resguarden.

¹⁸ Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI - Covid19 - Raccomandazioni di etica clinica: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>

¹⁹ Sociedad Austríaca para Anestesiología, Reanimación y Medicina Intensiva; *Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)*

Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf

²⁰ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit

²¹ British medical Association: COVID-19 – ethical issues. A guidance note: <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>

²² Sociedad Austríaca para Anestesiología, Reanimación y Medicina Intensiva; *Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)*

Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf

²³ Ezekiel J. Emanuel et al. “Fair Allocation of Scarce Medical Resources in Time of Covid-19”: En: https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/NEJM_Fair_Allocation_of_Scarce_Medical_Resources_in_the_Time_of_Covid-19.pdf

Finalmente, y como fue expuesto, la presente propuesta es un esfuerzo colectivo por recoger la experiencia comparada de diversas recomendaciones internacionales con el objeto de adaptarlas, de ser pertinentes, a la realidad nacional. Por ello, este documento no pretende llevar a cabo un análisis comparado detallado de recomendaciones éticas internacionales, sino que se trata más bien de considerarlas en la medida de que constituyen, en muchos de los aspectos antes señalados, un aporte al debate y la reflexión ética nacional.

¿La salud de quién estamos defendiendo? Desigualdades sociales y sanitarias en tiempo de pandemia

Grupo de trabajo ÉTICA Y COVID (Euskadi) - ABFyC

1. TIEMPO DE DELIBERAR PARA DECIDIR

Eudil Carbonel, co-director de los yacimientos de Atapuerca, piensa que la catástrofe humanitaria que estamos viviendo es uno de los pocos momentos de la historia en que se pone en peligro “la especie humana”. De pronto somos conscientes de nuestra fragilidad como humanidad y de nuestra interdependencia, Nuestra pretendida y sobrevalorada autonomía moderna, tantas veces malentendida como autosuficiencia, parece que no es suficiente para el mantenimiento de lo más básico y perentorio: VIVIR.

La palabra CRISIS significa etimológicamente “decisión”; Es el tiempo para DECIDIR qué debemos de hacer, es el tiempo de la ÉTICA, de la RESPONSABILIDAD, de ver lo que está ocurriendo y reconocer cuáles son los VALORES imprescindibles a preservar ahora, en este tiempo extraordinario, y después, para avanzar como humanidad. Es el tiempo para escuchar, dialogar y DELIBERAR, para encontrar respuestas y soluciones PRUDENTES, como diría el profesor Gracia Guillén (1); es el tiempo de acordar como comunidad humana, como sociedad, qué VALORES Y VIRTUDES debemos cuidar, proteger, desarrollar y crear. Es el tiempo de proponer lo que nos parece que es BUENO.

Veintidós personas interesadas por la ética, principalmente profesionales de los servicios sociales y sanitarios, hemos intentado darnos cuenta y comprender lo que estaba ocurriendo. Ampliando la mirada, más allá de la necesidad de UCIs y respiradores, hemos tratado de VISIBILIZAR por qué estaban sufriendo las personas. Tras reconocer los hechos que generan incertidumbre y dolor, hemos indagado en sus porqués desde diferentes perspectivas e interpretaciones y nos hemos atrevido a proponer algunas orientaciones para algunos de los problemas que hemos descubierto. Porque somos AGENTES MORALES, también en esta situación extraordinaria, hemos de procurar lo éticamente correcto, las propuestas óptimas para respetar la dignidad y los derechos de todas las personas y colectivos.

Si comprendemos la salud como forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa, según la define nuestra Ley de Salud Pública, es algo más que sobrevivir, es algo más que no enfermar; salud es tener capacidad de desarrollar un proyecto personal y social, ser solidarias con las personas que nos rodean, de amarlas, de no abandonarlas. Es capacidad de cuidar, y cuidarnos.

2. EL AISLAMIENTO TOTAL COMO RESPUESTA UNICA Y HOMOGENEIZANTE PARA UNA SOCIEDAD DIVERSA Y CON GRAVES DESIGUALDADES

Entendemos y consideramos que ha sido correcta la medida de confinamiento de la población en esta situación. Pero reconocer y estar atentos a los daños que puede provocar, forma parte de nuestra salud moral y de la obligación de los/as profesionales.

Sabemos cuáles son los factores principales que inciden en sus consecuencias: la voluntariedad o no del mismo; la capacidad de comprender la situación asumiendo que tendrá un final para poder tolerar la incertidumbre; el acompañamiento que otorga seguridad frente al miedo; la experiencia de confianza o de

desconfianza; y el contar con los recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas...

Se ha argumentado insistentemente que el bien común en situación de emergencia justifica la falta de atención al bien particular y la restricción de derechos individuales, dando por supuesto que lo común (vivir) es igual en toda la ciudadanía. Sin embargo, La pandemia ha puesto en evidencia las desigualdades existentes anteriormente que NECESARIAMENTE diversifican la afectación de la enfermedad, y de las medidas propuestas, y como consecuencia el confinamiento no ha sido el mismo vivir confinado en todas las personas. Han emergido precarias situaciones de pobreza, la brecha digital, económica y social de niños y niñas, el hacinamiento, la infravivienda... Por eso vemos necesario perfilar algunas situaciones donde el aislamiento debe ser establecido con cautela, y establecer con claridad criterios de flexibilización, de compensación o de apoyos en algunas personas que lo pueden vivir con gran sufrimiento, o que les puede generar daño.

3. LA JUSTICIA COMO CRITERIO EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS Y DE SERVICIOS SOCIALES

Esta crisis saca a la luz la debilidad de los avances conseguidos en las políticas de coordinación entre las prestaciones sanitarias y de servicios sociales, en la asunción de la función, también cuidadora, del sistema de salud, en el modelo dominante biomédico y centrado en el hospital, que ha dejado de lado la atención comunitaria de la atención primaria y también los cuidados básicos, responsabilidad de los servicios sociales.

El reconocimiento de la IGUAL DIGNIDAD es la que fundamenta la igualdad de derechos de la ciudadanía, también en esta situación de alarma que estamos viviendo. Desde siempre, y también ahora, han existido modos de tratamiento y relación que quebrantan la dignidad: cuando las personas son tratadas como un *puro medio* (se las utiliza, se las explota), como un *no valor* (molestan y se las discrimina) o como un *disvalor* (por ser una carga, modelo eugenésico) (2).

Son varias las personas o colectivos (3) que han alertado del aumento de la APOROFOBIA (discriminación por ser pobre), GERONTOFOBIA (discriminación por edad) Y DEFICIENTISMO (discriminación por discapacidad) y queremos hacernos eco de ello. En concreto, queremos visibilizar a las personas en situación de exclusión social, mujeres y familias migradas o con empleos precarios, a las personas mayores, personas con discapacidad, enfermedad mental, TEA, adicciones, personas privadas de libertad, víctimas de violencia de género, niñas y niños, familias vulnerables que viven con alta precariedad, ...

El desarrollo en las últimas décadas de los servicios de atención a personas vulnerables y en situación de exclusión, por parte del estado, como expresión de justicia, puede haber debilitado la conciencia de ligazón y ob-ligazón de las personas dentro de los contextos de apoyos naturales: familias, vecindario, amigos/as, etc. La pandemia está poniendo en escena los límites y contradicciones del propio sistema. Un problema muy importante que puede generar, si no se aborda convenientemente, un debilitamiento de la cohesión social y abandono y discriminación de las personas más vulnerables.

En este escenario reconocemos el valor de personas voluntarias que de manera libre y solidaria se han ofrecido gratuita y altruistamente a ayudar en lo que fuese necesario.

4. MORIR Y HACER DUELO EN TIEMPOS DE LA COVID-19

En estos meses de pandemia han muerto muchas personas como consecuencia del contagio de la Covid-19 (a 27 de abril, 1.269 personas fallecidas con enfermedad confirmada en Euskadi, y 23.822 en España). La falta de respuesta a los tratamientos intensivos, y en algunos casos el no ser candidatas a ellos, requeriría, como marca nuestra legislación, una atención propia para bien morir que claramente ha sido deficitaria en muchos de los casos.

La centralización de la asistencia sanitaria en los tratamientos agudos e intensivos, la atención telefónica de atención primaria en los domicilios, la prohibición de visitas y acompañamiento familiar a las personas enfermas en hospitales y centros residenciales, y la falta de cualificación y de recursos necesarios en determinados lugares, para unos correctos cuidados paliativos, han sido las causas principales de este mal morir. El fallecimiento de una persona es algo único que no se puede posponer para cuando la crisis pase, ni se puede recuperar, y que aunque parezca que no deja consecuencias negativas, puede dejar graves huellas emocionales en las personas allegadas, y dificultar el duelo posterior.

Se comprenden las limitaciones en esta situación por los riesgos para la salud pública, pero no podemos olvidar los derechos de las personas al final de la vida, recogidos en nuestro marco legislativo, y que deben por todos los medios, intentar garantizarse.

5. LAS OBLIGACIONES ÉTICAS DE LOS/LAS PROFESIONALES Y LA RESPONSABILIDAD CIUDADANA

Los colectivos profesionales, asistenciales y de servicios, han demostrado gran integridad y compromiso en esta crisis. La responsabilidad profesional emerge en las personas que han cultivado determinados valores y modo de concebir su profesión. Quienes no han cultivado dichos valores y virtudes no es fácil que estén dispuestas a arriesgarse. Por eso han existido casos de personas que no han cumplido con lealtad aquello a lo que se habían comprometido previamente con la sociedad.

Han existido conflictos de carácter ético (y en ocasiones también legal) entre la responsabilidad de atención a la población, y la seguridad y el cuidado de su salud. No está bien abusar del carácter vocacional y solidario, y permitir que las personas trabajen en condiciones límite y/o de desprotección o sobreexponerlas a la fatiga y al *burnout*. Tampoco es correcto en virtud de la propia seguridad, negarse a atender necesidades que no pueden ser prestadas a través del teletrabajo. Como siempre, los extremos no suelen ser la mejor opción en situaciones de conflictos de valor. Creemos que ha faltado la deliberación para poner en marcha cursos de acción que distribuyeran los equipos de protección en función del riesgo y no del estatus o la categoría profesional y facilitaran el acompañamiento personal y emocional de los/las profesionales.

No es menos importante, hablando de responsabilidad y de solidaridad, la excelente respuesta de la mayoría de la población “quedándose en casa” con lo que ello supone no solo de aislamiento y pérdida de relaciones sino, en muchísimos casos, de pérdida del propio sustento. Queremos subrayar la necesidad que tenemos las personas de cumplir con nuestras propias obligaciones morales, independientemente de nuestra condición social y de salud. Es comprensible que dichas obligaciones se vean limitadas si su cumplimiento puede suponer un riesgo contrastado y demostrado para terceras personas. Si no es así, se podrá aconsejar y recomendar a la población determinadas medidas y orientaciones para el cuidado de la salud, pero no se pueden imponer coactivamente, más en el caso de que supongan una limitación de sus derechos.

6. ¿Y AHORA QUÉ? MIRANDO AL FUTURO

Próximamente vamos a iniciar la fase de desescalada, es decir, de ir retomando poco a poco la normalidad, con prudencia, para seguir vigilando la extensión del virus, pero reconociendo y confiando en la responsabilidad ciudadana en la gestión de su salud, sin discriminación por edad y respetando la autonomía personal, que no es otra cosa que la capacidad de cumplir con las propias obligaciones morales.

Hemos aprendido mucho en estas semanas, muchas cosas buenas, pero también cosas que pueden mejorar y es nuestra obligación intentarlo seriamente si de ello depende que las personas, todas, podamos vivir decentemente. Compartimos a continuación lo más importante de lo aprendido en nuestro grupo:

- Que si tratamos a todas las personas igual, faltaremos a la equidad y al reconocimiento de que la igual dignidad merece igual estima y consideración, pero no hacer lo mismo.
- Que hay personas que tienen serias dificultades para ser reconocidas como sujetos de derechos.
- Que la salud es vida autoinsuficiente con significado, que necesita relación y compromiso.
- Que las ayudas de emergencia, no pueden ni deben de ser, en una sociedad justa, el modo habitual de enfrentar el empobrecimiento de las personas, por lo que se debe de garantizar una renta básica a toda la ciudadanía que asegure unos mínimos de vida saludable.
- Que hay servicios esenciales que no se pueden sustituir por teletrabajo.
- Que en cualquier momento podemos morir y que no es lo mismo morir bien que mal, porque morir siempre es con-morir, como vivir siempre es con-vivir.
- Que la “crisis de los cuidados” y el “envejecimiento de nuestras sociedades”, nos han devuelto la conciencia de que las relaciones comunitarias en los entornos naturales son imprescindibles.
- Que es urgente poner en marcha un sistema eficaz y suficientemente dimensionado de servicios sociales.
- Que hay compromisos y lealtades, profesionales o voluntarias, que no se pagan con “salarios”, sino con “honorarios”, es decir con reconocimiento social.

- Que el lucro y la distribución desigual de los bienes básicos escasos, es inmoral e injusto.
- Que la justicia requiere transparencia, argumentación, conocimientos y deliberación entre diferentes perspectivas.

30 de abril de 2020

NOTAS

- 1 GRACIA GUILLEN, D. (2016) “Tomar decisiones morales. Del casuismo a la deliberación”. Dilemata, N°. 20, 2016, págs. 15-31
- 2 ETXEBERRIA, X. (2005). Aproximación ética a la discapacidad. Bilbao: Universidad de Deusto.
- 3 Adela Cortina, Plena Inclusión, SEGG, etc.

Miembros del grupo de trabajo ÉTICA Y COVID (Euskadi) – ABFyC:

1. **Marije Goikoetxea**, Psicóloga, Profesora de ética. Universidad de Deusto. CEIS Bizkaia. CEA Plena Inclusión
2. **Juana Aza**, Enfermera especialista en geriatría, IFAS-Diputación Foral De Bizkaia, CEIS Bizkaia
3. **Lourdes Zurbanobeaskoetxea**, Médica. Servicio de Valoración y Orientación. Diputación Foral de Bizkaia. Coordinadora Sociosanitaria. CEIS Bizkaia
4. **Concha Castells**, Epidemióloga. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Asociación DMD-DHE
5. **Coro Rubio**, Psicóloga, ASPACE-Bizkaia. CEIS Bizkaia
6. **Angel Bao**, Psicólogo. Atención Temprana-Diputación Foral de Bizkaia. CEIS Bizkaia
7. **Porfirio Hernández**, Psiquiatra. Federación Vasca de Deporte Adaptado. CEIS Bizkaia
8. **Celia Ramos**, Trabajadora social. Ayto. de Bilbao. CEIS Bizkaia
9. **Txema Duque**, Trabajador social. Ayto. de Bilbao
10. **Javier Yanguas**, Doctor en Psicología. Fundación Aubixa
11. **Boni Cantero**, Trabajadora Social, Ayto. de Vitoria-Gasteiz. CEIS Araba
12. **Pablo Ruiz**, Psicólogo. Coordinador técnico. Asociación Bizitegi
13. **Rafael Armesto**, Abogado. FEVAS-Plena Inclusión. CEIS Bizkaia
14. **Brígida Argote**, Enfermera especialista en geriatría. IFBS-Diputación Foral de Álaba. CEIS Araba
15. **Ángela Fernández**, Trabajadora Social. Ayto de Ermua. CEIS Bizkaia
16. **Mirian Del Campo**, Psicóloga. Fundación Gizakia. CEIS Bizkaia
17. **Maria Ángeles Larrinaga**, Trabajadora Social. Red de Salud Mental de Bizkaia. CEIS Bizkaia
18. **Zorione Benedicto**, Trabajadora Social. CEIS Gipuzkoa.
19. **Carlos Romera**, Jurista, Mediador y Educador social. Asociación Goiztiri. CEIS Bizkaia
20. **Yolanda Pérez**. Socióloga. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. CEIS Bizkaia
21. **Marian García Ayesta**, Trabajadora Social. CEIS Bizkaia
22. **Álvaro Mosquera**, Educador Social, Residencia Aspaldiko. Profesor Universidad de Deusto

NOTA: Este artículo fue publicado originalmente en el blog de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, donde puede consultarse también la versión completa: <http://www.asociacionbioetica.com/blog/la-salud-de-quien-estamos-defendiendo-desigualdades-sociales-y-sanitarias-en-tiempo-de-pandemia>

“Héroes de la salud”: La romantización de la precariedad y el riesgo

Ps. Daniela Rojas Miranda

Psicóloga especialista en Psicooncología y Cuidados Paliativos

Magíster en Bioética

danirojasm@hotmail.com

Resumen

Las metáforas de guerra han sido utilizadas ampliamente en el discurso político, social y médico hace décadas, y hoy constituye la narrativa por excelencia utilizada en la estrategia comunicacional y de gestión de la pandemia por Covid-19 alrededor del mundo. Mandatarios, autoridades sanitarias y medios de comunicación han declarado la guerra al coronavirus, estructurando toda una narrativa que enarbola valores castrenses como la fuerza, el poder, la actuación con violencia, el individualismo, el protagonismo de lo masculino, la autosuficiencia y la supervivencia del más fuerte, restringiendo la experiencia de la crisis, las posibilidades de respuesta ante ella, además de causar inseguridad y miedo en las personas. Esta retórica militarista ha incluido la representación de los profesionales de la salud, como héroes de la crisis sanitaria por su trabajo con una demanda nunca antes vista de pacientes, con recursos más que insuficientes, en condiciones de inseguridad por la falta de equipos de protección personal adecuados, por la escasez de pruebas diagnósticas y por estar poniendo en riesgo sus vidas permanentemente. Este reconocimiento desdibuja los alcances del deber asociado a la labor sanitaria y naturaliza las condiciones de precariedad, riesgo y desolación en la que están llevando a cabo su trabajo. La narrativa militarista y la glorificación de médicos, enfermeras y demás miembros del equipo de salud permiten reclamar el sacrificio y el estoicismo, además de exigir el “soportar” por vocación de servicio, escenarios de precarización y fallas sistémicas que eran previas a la pandemia y, que recortes en salud, inequidades y otros tienen hoy en un riesgo insostenible a pacientes y equipos tratantes.

Por otra parte, la romantización del sacrificio invisibiliza el miedo y la culpa ante la posibilidad de contagiar a sus familiares y seres queridos, y el costo emocional asociado a la atención permanente de pacientes en condición grave, a una comunicación clínica que se entorpece aún más por la situación de emergencia y por las características del equipamiento de protección personal, a la muerte constante de pacientes, y a la toma de decisiones de alta carga moral, generadas por el desequilibrio crítico entre las necesidades clínicas y la disponibilidad de recursos sanitarios. Así se cubre con un velo épico la presión física y psicológica de nuestros profesionales de la salud, la que tiene y tendrá un importante impacto en su salud mental, pudiendo provocar la aparición de *burnout*, fatiga por compasión, ansiedad, estrés post traumático y estrés moral. Este aspecto deberá ser uno de los ejes fundamentales de la gestión de la pandemia y de la post pandemia.

Una catástrofe sanitaria como la desatada por la presencia de la Covid-19 no puede ser enfrentada con aquellos valores neoliberales, propios del universo de lo masculino, expresados en la metáfora bélica, que construyeron los mismos sistemas y sus violencias estructurales que la pandemia dejó en evidencia. El individualismo, la autosuficiencia, la mercantilización, el nacionalismo, el triunfalismo y la competencia deben transmutar en el valor del cuidado, la responsabilidad, la interdependencia, la colaboración, teniendo como eje la solidaridad, todos valores que en momentos de “normalidad” permanecen ocultos en la esfera de lo privado, asociados a lo femenino y secundarizados, y que hoy vemos son la clave para el necesario enfrentamiento colectivo de la crisis.

Palabras clave: Metáfora bélica, Narrativas, Covid-19, Coronavirus, Heroísmo, Profesionales de la Salud

Abstract

War metaphors have been widely used in the political, social, and medical speech for decades and today it is the quintessential narrative used in Covid-19 pandemic management and communication strategy around the world. Leaders, health authorities and the media have declared war on coronavirus, structuring a narrative that raise military values such as strength, power, action with violence, individualism, the leadership of the masculine, self-sufficiency and survival of the strongest, restricting the experience of the crisis, the possibilities of response to it, as well as causing insecurity and fear in people.

This militaristic rhetoric includes the representation of health professionals, as heroes of the health crisis for their work with a demand never before seen of patients, with insufficient resources, in conditions of insecurity due to the lack of adequate personal protection equipment, of diagnostic tests, and constantly putting their lives at risk.

This recognition blurs the scope of duty associated with health work and naturalizes the conditions of precariousness, risk and desolation in which they are carrying out their work. The militaristic narrative and the glorification of doctors, nurses and other members of the health staff make it possible to ask them the sacrifice and stoicism. Also, to demand "endurance" by vocation, scenarios of lack of security and systemic failures that were prior to the pandemic, and that budget cuts in health, inequities among other situations are keeping the patients and health works at an unbearable stake.

On the other hand, the romanticism of this sacrifice hides the fear and guilt at the possibility of infecting their relatives and loved ones, as the emotional cost associated with permanent care for patients in serious conditions. A clinical communication that is further hindered by the emergency and the characteristics of personal protection equipment, to the constant death of patients, and to decision-making of high moral burden, generated by the critical imbalance between clinical needs and the availability of health resources. The physical and psychological pressure of our health professionals is covered with an epic veil, which has and will have a significant impact on their mental health, possibly causing the appearance of burnout, compassion-caused fatigue, anxiety, post-traumatic stress and moral injury. This should be one of the key axes of pandemic and post-pandemic management.

A health catastrophe such as that unleashed by the presence of Covid-19 cannot be faced with those neoliberal values that are typical of the universe of the masculine, expressed in the war metaphor, which built the same systems and their structural violence that the pandemic made clear. Individualism, self-sufficiency, commodification, nationalism, triumphalism and competition must transmute into the value of care, responsibility, interdependence, collaboration, with solidarity as its axis, all values that in times of "normality" remain hidden in the sphere of the private, associated with the feminine and trivialized, and which we see today are the key to the necessary collective confrontation of the crisis.

Key words: War Metaphor, Narrative, Covid-19, Coronavirus, Heroism, Health care workers.

Introducción

En el año 1957, en el contexto de una importante crisis económica en Chile, el gobierno del presidente Carlos Ibáñez del Campo decide, entre otras medidas, subir los precios del transporte público. Esta medida derivó en la movilización de estudiantes y trabajadores a través de la constitución de asambleas y el llamado a marchas masivas, que terminaron en violentos enfrentamientos entre militares y manifestantes. La violencia de la primera jornada y la muerte de una estudiante de enfermería provocó la indignación pública, lo que generó que miles de ciudadanos chilenos inundaran las calles de Santiago al siguiente día: se levantaron barricadas, se paralizó la locomoción colectiva y hubo saqueo de tiendas. La policía local no pudo controlar la situación y al final del día, el gobierno decretó estado de sitio y puso a los militares a cargo del orden público. Durante la noche, y en un programa de radio, el general a cargo declaraba que "la Batalla de Santiago" había llegado a su fin y que el "enemigo" había terminado con 18 personas muertas y 500 personas heridas (Magasich, 2019).

63 años después, el día 3 de mayo, cuando Santiago superaba el 80% de los nuevos contagios del país por Covid-19, el Ministro de Salud¹ declaraba una nueva “Batalla de Santiago”. De esta manera, se comunicaba que se acentuaría el rol de la autoridad sanitaria con todas las facultades que la ley otorga, y que se extremarían las medidas de fiscalización, vigilancia y sanción, porque de otro modo la “guerra contra el coronavirus” se “perdería” (Basoalto, 2020). La batalla de Santiago se instaló como parte del discurso y de la estrategia comunicacional frente a la crisis sanitaria.

Así mismo y paralelamente, distintos mandatarios alrededor del mundo le declaraban la guerra al coronavirus. Mientras Donald Trump vociferaba : “we are at war with an invisible enemy” y se investía a sí mismo como un “wartime president” (The Guardian, 2020), Macron en Francia (Cédric Pietralunga, 2020), Conte en Italia (Italpress, 2020), Sánchez en España (Nuevatribuna.es, 2020) y Piñera en Chile (Vargas, 2020), por nombrar algunos, hacían lo propio.

La utilización de la metáfora bélica en salud

Las metáforas de guerra son prácticamente omnipresentes en el discurso político y social, desde la lucha contra el cáncer hasta la guerra contra las drogas, la delincuencia, la pobreza, el embarazo adolescente, el sobrepeso, etc., demostrando una dependencia tal, que hay ciertos dominios como la patología oncológica, que pareciera simplemente no poder expresarse lingüísticamente desde otro lugar.

Estas metáforas son útiles en tanto logran poner en palabras simples y lugares comunes, información abstracta y compleja, además de transmitir cierto tono emocional (miedo, ansiedad) que obliga la puesta en alerta ante una posible amenaza (Flusberg, Matlock, & Thibodeau, 2019). Sin embargo, y por su naturaleza, la metáfora bélica establece bandos opuestos (los buenos *versus* los malos o “enemigo”), la toma de decisiones respecto a la utilización de recursos para el ataque y defensa, y también, desde la lógica militar y su jerarquía, define liderazgos, tropas combatientes y personal de apoyo, lo que supone, esperablemente, pérdidas de vidas humanas, pérdidas de recursos y desesperación (Flusberg, Matlock, & Thibodeau, 2019). Son parte de las reglas de la guerra.

Susan Sontag, en su obra *La enfermedad y sus metáforas y el Sida y sus metáforas* (Sontag, 1988) se refería a la ubicuidad de la metáfora bélica y a su utilización política: “En una época era el médico quien libraba la *bellum contra morbum*, la guerra contra la enfermedad; ahora es la sociedad entera. En efecto, el aprovechamiento de la guerra para movilizar ideológicamente a las masas ha conferido eficacia a la idea de la guerra como metáfora para todo tipo de campañas curativas cuyos fines se plasman en una derrota de un «enemigo»... Puede que el abuso de la metáfora militar sea inevitable en la sociedad capitalista, una sociedad que restringe cada vez más el propósito y la credibilidad de las llamadas a la ética y en la que quien no somete sus propias acciones al cálculo del interés y provecho propios es un necio... En una guerra abierta el gasto lo es todo, no exige prudencia; la guerra es, por definición, una emergencia para la que ningún sacrificio es excesivo”.

Si bien la metáfora bélica podría tener cierta utilidad en un primer momento para advertir sobre el riesgo y para aceptar las drásticas medidas determinadas por la autoridad sanitaria, aún cuando pueden coartar importantemente las libertades individuales (Söderfeldt & Gadebusch, 2020), su uso afecta la sensibilidad de las personas y moldea sus comportamientos, en tanto las metáforas no sólo establecen relaciones figurativas con la realidad, sino que crean aquella realidad que buscan describir, influyendo en los conocimientos, actitudes y comportamientos de las personas, en dichos contextos (Reisfield & Wilson, 2004).

Narrativas militaristas en la pandemia por Covid-19

Es así como la metáfora bélica se ha utilizado ampliamente en el mundo médico y hemos sido testigos del abordaje de la pandemia de Covid-19 a través de esta retórica, tanto por parte de políticos, autoridades sanitarias y medios de comunicación y, en ocasiones, también por parte de algunos profesionales de la salud que la han utilizado para ejemplificar el escenario que les ha tocado vivir (no es a este último uso al que nos referimos en este artículo). Esta narrativa impuesta como enfrentamiento social enarbola valores castrenses como la fuerza, el poder, la actuación con violencia, el individualismo, el protagonismo de lo masculino, la

¹ El Ministro de Salud Dr. Jaime Mañalich renunció a la cartera el día 13 de Junio, siendo reemplazado por el Dr. Enrique Paris.

autosuficiencia y la supervivencia del más fuerte, constriñendo la experiencia y las posibilidades de respuesta ante la crisis. Como plantea la escritora feminista Ursula K. Le Guin (2012): "La guerra como metáfora moral es limitada, limitante y peligrosa. Al reducir las posibilidades de acción a 'una guerra contra' lo que sea, se divide el mundo en mí o en nosotros (buenos) y en ellos o él (malo), reduciendo la complejidad ética y la riqueza moral de nuestra vida a un sí/no, encendido/apagado" (Guin, 2012).

El imaginario de la guerra provoca inseguridad y pánico, lo que lleva a las personas a movilizarse (no a mantenerse en casa) y velar por su propia seguridad y defensa, acaparando ciertos productos en los supermercados (sobre todo aquellos como mascarillas, guantes, alcohol gel) e incluso, como sucedió en EEUU, a través de la compra de armamento para uso doméstico (Tharoor, 2020). Esta actitud también la asumieron algunos países, dando una utilización política a la defensa de la población, sustentada en esta retórica que alimenta los nacionalismos y no la cooperación con la comunidad global. Así vimos pugnas internacionales por el stock de mascarillas, respiradores y ventiladores (Gozzer, 2020), y fuimos testigos del uso del virus por parte del Presidente Trump, para atacar a China nombrando el coronavirus como "el virus asiático" o el "virus Chino", y las insinuaciones de haber sido creado en un laboratorio en China (Mazetti, Barnes, Wong, & Goldman, 2020). La batalla contra la Covid-19 posiciona al virus como el enemigo común de la humanidad, atribuyendo a él, de forma directa, el número de contagios y muertes. Sin entrar en el análisis de la atribución de agencia a una entidad inanimada y no viva como lo es el virus, culpabilizarlo desvía la atención sobre temáticas esenciales cómo cuán preparados se encontraban los gobiernos para enfrentar la pandemia, cuán firmes y estables son los sistemas de salud, cuál es la inversión en ciencia e investigación, cuál es el nivel de desigualdad de los países (porque el virus no discrimina pero el sistema sí), cuáles son las condiciones de vivienda de la población, en qué lugar social y qué sistema de protección poseen los adultos mayores, en qué condiciones se encuentran viviendo las personas migrantes y por último la gestión misma de la pandemia. Porque muy probablemente todas esas variables confluyen, más que el virus, en las tasas de contagio y de mortalidad.

Los héroes en esta batalla: los profesionales de la salud

La narrativa de guerra en el contexto de una enfermedad infecto-contagiosa edifica ciertos actores sociales, ciertos colectivos, que permiten dotar de sentido a la experiencia de enfermedad, ocupando un lugar prominente en las representaciones que las personas poseen acerca de ella (Wagner-Egger, et al., 2011).

Wagner-Egger, P. et al (2011) se refirió a la construcción de los colectivos de "héroes", "víctimas" y "villanos", en el contexto del brote de la gripe H1N1 en el 2009. En su análisis explica cómo los héroes suelen ser vistos como agentes protectores o como líderes, los que pueden incluir organizaciones de salud pública o profesionales de salud, colectivo que es capaz de reducir la ansiedad y/o la impotencia de la población. Por su parte, los villanos están representados por personajes o instituciones poco confiables y con intenciones cuestionables. El villano por excelencia es la enfermedad misma ("un enemigo cruel que no respeta a nadie" (Vargas, 2020), pero también pueden serlo las élites, las autoridades, la industria farmacéutica y los medios de comunicación. Esta narrativa sería un terreno propicio para la emergencia de teorías conspirativas, donde se puede aprovechar la presencia del virus para culpar a "otros" (también villanos) extranjeros estigmatizados a los que se les utiliza como chivos expiatorios, atribuyéndoles prácticas poco higiénicas o inmorales, o bien, responsabilizar a gobiernos extranjeros de la creación de los virus, con objetivos bioterroristas o de control de ciertos grupos poblacionales. Finalmente, se encontrarían las "víctimas", colectivo personificado por quienes se ven afectados directamente por la enfermedad, pero que tendrían un doble estatus: por una parte, generarían preocupación y conmisericordia por el contagio, pero por otra parte provocarían suspicacia, ya que constituirían un riesgo para las personas por ser vectores de la enfermedad, con la posibilidad de haberla adquirido por sus hábitos de vida y/o por no seguir las recomendaciones de la autoridad sanitaria. De este modo, al caos y la incertidumbre se le otorga cierta estructura con la teoría de que el mundo es justo, devolviendo a través de estas representaciones el control perdido por la epidemia (Wagner-Egger, et al., 2011).

¿A quiénes se exculpa cuando definimos al virus y a la población como villanos?

¿A quiénes se desresponsabiliza cuando definimos y glorificamos a una "primera línea"?

Uno de los colectivos sociales construidos desde esta narrativa y que han sido protagonistas alrededor del mundo han sido los profesionales de la salud, quienes han sido personificados como "héroes", por su trabajo continuo, en turnos extenuantes, con una demanda nunca antes vista de pacientes, con recursos insuficientes para dar respuesta a sus necesidades clínicas, al límite de sus competencias, y en condiciones de precariedad como

falta de equipos de protección personal adecuados y de pruebas diagnósticas, poniendo en riesgo su vida en cada encuentro clínico. Héroes.

La narrativa y los valores de la guerra implican sacrificio, sufrimiento y, lleva consigo por definición, la posibilidad de morir en acto de servicio “por la patria” (Wise, 2020). La rotulación del héroe honorifica estas conductas pudiendo transformarse no sólo en expectativas sociales, sino también en parte de los deberes de la medicina, y en tanto deber, exigibles. Sin embargo, ¿es una obligación ética de la medicina dar atención poniendo en riesgo la propia vida?

El heroísmo genera confusiones sobre los alcances del deber, lo que además de generar problemas prácticos de planificación de la pandemia, puede crear problemas de justicia en el caso en que se considere como errores el incumplimiento de acciones atribuibles al sacrificio (Malm, May, Francis, Saad, Hood, & Salmon, 2008). En este escenario de catástrofe sanitaria, se dificulta distinguir las acciones ordinarias y partes de la labor clínica, de aquellas extraordinarias y electivas (Fins, 2015). La narrativa militarista y la glorificación de médicos, enfermeras y demás miembros del equipo de salud permiten reclamar el sacrificio y el estoicismo, además de exigir el “soportar” por vocación de servicio, escenarios de precarización y fallas sistémicas que eran previas a la pandemia y, que recortes en salud, inequidades y otros tienen hoy en un riesgo insostenible a pacientes y equipos tratantes.

Ante la pandemia del Síndrome Respiratorio Severo (SARS), que cobró la vida de menos de mil personas pero que afectó la vida de millones en el 2003, mucho se reflexionó sobre el deber del personal médico de tratar *versus* el deber de cuidado y el valor del amor por sus seres queridos, dada la negativa de profesionales de tratar pacientes contagiados y la renuncia de muchos de ellos (Hsin-Chen & Macer, 2004). Los deberes morales de la medicina beben de dos fuentes: por un lado, los deberes generales que compartimos como ciudadanos de una misma sociedad y aquellos parte de los deberes propios de la práctica médica (Brodry & Avery, 2009). *Los fines de la medicina*, documento elaborado por el Hastings Center, define como estos deberes la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, la atención y curación de los enfermos y cuidados de los incurables, el alivio del dolor y el sufrimiento y la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte en paz (Fundación Víctor Grífols i Lucas, 2004). Por lo tanto, desde esta perspectiva, los médicos poseen el deber de rescate en virtud de sus competencias técnicas y valores éticos de brindar ayuda a las personas contagiadas por enfermedades infecciosas, curando cuando es posible y aliviando su sufrimiento y proveyendo una muerte digna cuando no lo es. Sin embargo, la pandemia de SARS levantó la reflexión sobre el deber de tratar en ponderación con las otras obligaciones de los profesionales de la salud en tanto personas, sobre todo aquellas dirigidas a sus familias y también hacia sí mismos. En esta ponderación, un hecho importante a considerar en el análisis es el deber de tratar, como parte de la labor sanitaria y los riesgos inherentes a la labor, cuando aquellas condiciones de riesgo están importantemente determinadas por la constitución del sistema de salud y sus valores.

Por otra parte, los héroes/las heroínas ocultan tras la capa con la que muchos medios de comunicación han romantizado la labor en la crisis, la exigencia física y emocional a la que están expuestos/as: el miedo y la culpa ante la posibilidad de contagiar a sus familiares y seres queridos (muchos han debido separarse de sus hijos, de sus parejas y/o de sus padres, mientras otros cumplen diariamente con rituales rigurosos de desinfección para poder acercarse a los suyos), la atención permanente de pacientes en condición grave, cuya única contención y compañía es el mismo equipo tratante, una comunicación clínica ya compleja en contextos habituales que se entorpece aún más por la situación de emergencia y por las características del equipamiento de protección personal, la muerte constante de pacientes, además de toma de decisiones de alta carga moral, generadas por el desequilibrio crítico entre las necesidades clínicas y la disponibilidad de recursos sanitarios.

Como también sucedió en SARS el temor a la muerte se vuelve palpable a medida que la situación se va volviendo crítica y al ser testigos también de la enfermedad y muerte de compañeros de trabajo (Dessmon, 2006); una muerte que es una muerte distinta, probablemente la peor fantasía del final de vida, una muerte en soledad, que podría ser mi propia muerte. De esta manera, empieza a considerarse la propia vida como un costo factible e inevitable de ser pagado para “ganar la batalla contra el virus” y el deber sacrificial como parte de la labor sanitaria.

Así se cubre con un velo épico la presión física y psicológica de nuestros profesionales de la salud, la que tiene y tendrá un importante impacto en su salud mental, pudiendo provocar la aparición de *burnout*, fatiga por compasión, ansiedad, estrés post traumático y estrés moral. Sin duda, el cuidado de los pacientes y la crisis de la pandemia no puede sostenerse en el heroísmo benevolente del personal sanitario, si él mismo no está siendo cuidado por el propio sistema de salud. Este aspecto deberá ser uno de los ejes fundamentales de la gestión de la

pandemia y de la post pandemia, así como también la mejora de las condiciones laborales del equipo de salud, mejores condiciones de seguridad, mejores seguros de salud, etc. (Hartzband & Groopman, 2020) (Walton, Murray, & Christian, 2020)

Las circunstancias descritas llevaron a que muchos profesionales sanitarios alrededor del mundo se unieran en un llamado de rechazo a la narrativa militarista y a la impronta del héroe, visibilizando las reales circunstancias en las que se encontraban enfrentando la crisis sanitaria. Bajo la consigna de “Ni héroes, ni mártires” cientos de ellos usaron las redes sociales para denunciar la desprotección a la que están expuestos y exigir condiciones laborales dignas y garantías de seguridad para poder llevar a cabo su labor, ante el número creciente de contagios y muertes de profesionales de la salud alrededor del mundo (Cortés, 2020) (El Mostrador, 2020).

Una catástrofe sanitaria como la desatada por la presencia del Covid-19 no puede ser enfrentada con aquellos valores neoliberales, propios del universo de lo masculino, expresados en la metáfora bélica, que construyeron los mismos sistemas y sus violencias estructurales que la pandemia dejó en evidencia. El individualismo, la autosuficiencia, el mercantilismo, el nacionalismo, el triunfalismo y la competencia deben transmutar en el valor del cuidado, la responsabilidad, la interdependencia, la colaboración, teniendo como eje la solidaridad, todos valores que en momentos de “normalidad” (a propósito de volver a una “nueva normalidad”) permanecen ocultos en la esfera de lo privado, asociados a lo femenino y secundarizados, y que hoy vemos que son la clave para el necesario afrontamiento colectivo de la crisis.

Ya no podemos seguir siendo soldados de una nación, debemos ser ciudadanos de una comunidad global, para dar respuestas coordinadas y colaborativas a crisis planetarias futuras: el cuidado de los unos, por los nuestros, por los otros, por los futuros será probablemente medio y fin para la construcción de una realidad otra. Necesitamos transformar los actos benevolentes individuales, en políticas, instituciones y sistemas basados en la solidaridad y la justicia social (Porobic, 2020). No sea que la nueva normalidad nos arrastre hacia un más-de-lo-mismo renovado.

Allí donde todo es guerra, premura y combate,
donde todos somos héroes, víctimas o villanos,
allí no hay espacio para el silencio, la prudencia y la compasión.
Cuidar de nuestras palabras es parte de nuestro deber de cuidar a otros.

Referencias

- Vargas, F. (2020). *Presidente Piñera informa de 286 nuevos casos de coronavirus: Número total llega a 7.213*. Recuperado el 7 de Mayo de 2020, de <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2020/04/12/982816/Pinera-Coronavirus-Hospital.html>
- Vargas, F. (2020). *Presidente Piñera informa de 286 nuevos casos de coronavirus: Número total llega a 7.213*. Recuperado el Mayo de 2020, de <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2020/04/12/982816/Pinera-Coronavirus-Hospital.html>
- Wagner-Egger, P., Bangerter, A., Gilles, I., Green, E., Rigaud, D., Krings, F., y otros. (2011). Lay perceptions of collectives at the outbreak of the H1N1 epidemic: heroes, villains and victims. *Public Understanding of Science*, 20 (4), 461-476.
- Walton, M., Murray, E., & Christian, M. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 1-7.
- Wise, A. (2020). Las metáforas bélicas distorsionan la realidad de la COVID-19. Recuperado el Abril de 2020, de Investigación y Ciencia: <https://www.investigacionyciencia.es/noticias/las-metforas-blicas-distorsionan-la-realidad-de-la-covid-19-18571>
- Basoalto, H. (2020). “Nos preocupa enormemente la RM”: Mañalich dice que las medidas por coronavirus “no han sido respetadas” y habla de “la batalla de Santiago”. Chile. Recuperado el 12 de Mayo de 2020, de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/nos-preocupa-enormemente-la-rm-manalich-dice-que-las-medidas-por-coronavirus-no-han-sido-respetadas-y-habla-de-la-batalla-de-santiago/CP4LTOYVYNGWTLBGFC4XVARRXM/>
- Brodry, H., & Avery, E. (2009). Medicine’s Duty to Treat Pandemic Illness. Solidarity and Vulnerability. *Hastings Center Report*, 39 (1).
- Cédric Pietralunga, A. L. (2020). « Nous sommes en guerre » : face au coronavirus, Emmanuel Macron sonne la « mobilisation générale ». Recuperado el Mayo de 2020, de https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/03/17/nous-sommes-en-guerre-face-au-coronavirus-emmanuel-macron-sonne-la-mobilisation-generale_6033338_823448.html

- Cortés, N. (2020). 'Ni héroes, ni mártires': los sanitarios alzan la voz por su exposición frente a la Covid-19. Recuperado el Mayo de 2020, de https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/heroes-martires-sanitarios-alzan-voz-situacion-frente-covid-19_78367_102.html
- El Mostrador. (2020). "No somos héroes ni mártires": Confusam lamenta muerte de funcionaria de la salud y hace llamado a las autoridades para que doten de insumos que garanticen protección. Recuperado el 2020, de <https://www.elmostrador.cl/dia/2020/04/29/no-somos-heroes-ni-martires-confusam-lamenta-muerte-de-funcionaria-de-la-salud-y-hace-llamado-a-las-autoridades-para-que-doten-de-insumos-que-garanticen-proteccion/>
- Dessmon, Y. T. (2006). SARS Plague: Duty of Care or Medical Heroism? *Annals Academy of Medicine Singapore* (35), 374-378.
- Fins, J. (2015). Distinguishing Professionalism and Heroism. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (24).
- Flusberg, S., Matlock, T., & Thibodeau, P. (2019). War metaphors in public discourse. *Metaphor and Symbol*, 33 (1), 1-18.
- Fundación Víctor Grifols i Lucas (2004). Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Un proyecto internacional del Hastings Center. Barcelona: Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas.
- Guin, U. K. (2012). *A wizard of Earthsea*. New York: Houghton Mifflin Harcourt.
- Gozzer, S. (2020). Coronavirus: cómo afecta a América Latina la pugna entre países por conseguir respiradores, ventiladores y mascarillas. Recuperado el Abril de 2020, de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52233577>
- Italpress. (2020). Coronavirus, Conte "La battaglia si vince insieme o perdiamo tutti". Recuperado el 7 de Mayo de 2020, de <https://www.italpress.com/coronavirus-conte-la-battaglia-si-vince-insieme-o-perdiamo-tutti/>
- Hartzband, P., & Groopman, J. (2020). Physician Burnout, Interrupted. *The New England Journal of Medicine* .
- Hsin-Chen, D., & Macer, D. (2004). Heroes of SARS: professional roles and ethics of health care workers. *Journal of Infection* (49), 210-215.
- Nuevatribuna.es. (2020). Guerra al Covid-19 | El mensaje bélico de Sánchez en 10 frases. Recuperado el 7 de Mayo de 2020, de <https://www.nuevatribuna.es/articulo/actualidad/guerra-covid19-belico-sanchez-10-frases/20200317194344172221.html>
- Mazetti, M., Barnes, J., Wong, E., & Goldman, A. (2020). Se dice que los funcionarios de Trump presionan a los espías para vincular los laboratorios de virus y Wuhan. Recuperado el Mayo de 2020, de <https://www.nytimes.com/2020/04/30/us/politics/trump-administration-intelligence-coronavirus-china.html?action=click&module=Spotlight&pgtype=Homepage>
- Magasich, J. (2019). 2 de abril de 1957: Un episodio de la historia que conviene recordar. Santiago de Chile, Chile. Recuperado el 10 de Mayo de 2020, de <https://radio.uchile.cl/2019/10/24/2-de-abril-de-1957-un-episodio-de-la-historia-que-conviene-recordar/#>
- Malm, H., May, T., Francis, L., Saad, O., Hood, R., & Salmon, D. (2008). Ethics, Pandemics, and the Duty to Treat. *The American Journal of Bioethics* , 8 (8), 4-19.
- Porobic, N. (2020). COVID-19: Solidarity as a Political Tool for Radical Transformation. Recuperado el Mayo de 2020, de <https://www.wilpf.org/covid-19-solidarity-as-a-political-tool-for-radical-transformation/>
- Reisfield, G., & Wilson, G. (2004). Use of Metaphor in the Discourse on Cancer. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY* , 22 (19).
- Söderfeldt, Y., & Gadebusch, M. (2020). Recuperado el Abril de 2020, de Ludwig-Maximilians-Universität München: <https://www.sfb1369.uni-muenchen.de/forschung/publikationen/working-papers/index.html>
- Sontag, S. (1988). *La enfermedad y sus metáforas y el SIDA y sus metáforas*. Taurus.
- Tharoor, I. (2020). Are we at 'war' with coronavirus? Recuperado el Abril de 2020, de <https://www.washingtonpost.com/world/2020/04/06/are-we-war-with-coronavirus/>
- The Guardian. (2020). Coronavirus outbreak. 'Invisible enemy': Trump says he is 'wartime president' in coronavirus battle - video . Recuperado el 7 de Mayo de 2020, de The Guardian: <https://www.theguardian.com/world/video/2020/mar/23/invisible-enemy-trump-says-he-is-wartime-president-in-coronavirus-battle-video>

Bioética, lenguaje y COVID-19

José Antonio Seoane

Catedrático de Filosofía del Derecho

Universidade da Coruña

Miembro de la Comisión científica de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

I

1. El lenguaje bélico se ha adueñado del discurso presidencial y gubernativo: la guerra contra el coronavirus. No es el único, pues le acompañan otros lenguajes: emotivo, para infundir ánimos (“esta batalla la vamos a ganar”; “vamos a derrotar al virus”); científico, para informar sobre la evolución del estado de salud de la población en términos estadísticos; o político, para transmitir las medidas sociales, económicas y organizativas adoptadas. No obstante, aquel resulta comunicativamente predominante.

Aun aceptando su sentido metafórico, este lenguaje origina dos errores o confusiones. El primero es un error de diagnóstico: más que de guerra hay que hablar de crisis de salud pública, es decir, de una mutación profunda con consecuencias importantes en el cuidado de la salud¹. El segundo es un error de enfoque y de tratamiento, pues el estado de guerra alumbra un modelo de relación y de toma de decisiones de naturaleza excepcional, excluyente y de enfrentamiento, más allá del juicio moral y de las normas comunes: *inter arma silent leges (et mores)*.

2. La Bioética puede contribuir de forma relevante a corregir ambos errores. “Crisis” proviene del latín *crisis*, y este del griego *krísis*, que significa decisión, lo que revela que esta situación no exige combatir a un enemigo sino enjuiciarla para tomar buenas decisiones que orienten una intervención acertada –entre ellas, medidas científicas y clínicas frente al virus, además de medidas personales, sociales y económicas–.

Respecto del segundo, conviene recordar que la guerra no es un mundo aparte en el que nos despojamos de la civilización; no todo vale y ni siquiera la importancia mayúscula del fin perseguido (salvar vidas) legitima cualquier medio elegido para lograrlo. Incluso en la guerra actuamos en un mundo moral, y aunque las decisiones concretas sean difíciles, problemáticas o atroces, nuestro lenguaje refleja nuestro mundo moral y permite formular juicios morales compartidos².

II

3. Si la Ética es un saber práctico y normativo que orienta la acción de los seres humanos para conducirse de modo bueno y justo y alcanzar una vida lograda, la Bioética aparece como la disciplina que analiza racionalmente los aspectos éticos presentes en la salud, la enfermedad, la vida y la muerte de los seres humanos y sus relaciones con los restantes seres vivos.

Se trata de una ética especial o aplicada definida por su carácter cívico, pues no se limita a una ética profesional ni a una ética religiosa o confesional; su carácter plural e inclusivo, que promueve la participación de todos los afectados e interesados; y su carácter deliberativo, que exige un diálogo en condiciones de libertad e igualdad a través de argumentos racionales, razonables, prudenciales y críticos.

4. La deliberación es el lenguaje de la Bioética y el método de la ética clínica³. Se expresa con decisiones prudentes, que ajustan con flexibilidad el marco general a la singularidad del caso concreto⁴, y que no deberían descansar en la intuición, la experiencia, el conocimiento teórico, la imitación o el sentido común. Aunque no existe una ciencia del razonamiento práctico, la deliberación debe seguir un método o procedimiento, cuya versión más sencilla se estructura en tres niveles: hechos, valores y deberes⁵.

1) El punto de partida es una buena delimitación de los *hechos*, básicamente en respuesta a tres cuestiones: qué pasa (diagnóstico), cómo evolucionará la situación (pronóstico), qué podemos hacer

(tratamiento), y hacerlo de modo dialéctico, pues los hechos están mediados por factores históricos, culturales y sociales, y las proposiciones científicas no tienen carácter absoluto e irrefutable. Además de su influencia en el procedimiento deliberativo, una sólida evidencia científica⁶ resulta importante para evaluar la corrección de la decisión y justificar la proporcionalidad de medidas que pueden lesionar valores y restringir derechos y libertades. Asimismo, una comunicación pública de modo sincero, veraz y comprensible sirve para reforzar la confianza de los pacientes, los profesionales y de la ciudadanía en general⁷.

2) Continúa con la deliberación sobre los *valores*, que son las cualidades que otorgamos a algo o alguien convirtiéndolo en apreciado y merecedor de respeto. La crisis sanitaria origina problemas éticos, que son situaciones que afectan a uno o varios valores para las que no se dispone de una respuesta o curso de acción prudente. Su manifestación más exigente es el conflicto de valores, en el que dos o más valores positivos se oponen entre sí y no es posible respetarlos a la vez, como sucede en el caso de escasez de recursos para atender todas las necesidades sanitarias derivadas de la pandemia, sean respiradores, camas, profesionales u otros recursos materiales o personales.

3) La deliberación ética concluye en el nivel de los *deberes* respondiendo a la pregunta “¿qué debemos hacer?”: realizar los valores positivos o lesionarlos lo menos posible. Las decisiones prudentes se encaminan a los cursos de acción intermedios⁸, que armonizan todos los valores, y rechazan los cursos de acción extremos, que realizan exclusivamente uno de los valores y lesionan el otro. Su resultado es el curso de acción óptimo, que concilia todos los valores en juego, generalmente a través de una combinación de varios cursos intermedios.

III

5. Decir algo es hacer algo^{9,10}, pues el lenguaje determina el comportamiento de las personas¹¹ y configura la realidad social¹². Elegir el lenguaje de la deliberación significa acoger las voces minoritarias o discordantes y fomentar el diálogo con ellas¹³, mientras que escoger el lenguaje bélico lleva a enfrentar posiciones antagónicas que pugnan por imponerse: cada una persigue un objetivo diferente y vence quien elimina al enemigo para que prevalezca el fin propio. En este escenario agonal no existen fines comunes y la toma de decisiones conduce a un curso de acción extremo que equivale a la derrota de uno de los valores en juego. Por el contrario, en el escenario deliberativo se comparte un objetivo común, aunque se propongan vías distintas para alcanzarlo. Por eso es indispensable dialogar, escuchar e integrar perspectivas diferentes, actitud que permite comprender la realidad de forma más plena y mejorar la decisión.

Lo anterior se traduce en dos formas políticas de gestionar esta crisis. Una promovería una deliberación pública sobre qué medidas deben adoptarse y sobre sus razones, corrección y proporcionalidad, en la que cooperan todos los miembros de la comunidad para alcanzar una solución compartida desde la clínica, la intervención social, la investigación, la ética, el derecho, la economía, la política, etc. Otra elegiría un escenario de hostilidad y reproche donde alguna de las partes implicadas parece perseguir únicamente su fin particular de conquista o conservación del poder, o pretende imponer unilateralmente medidas con escasa base científica y repercusiones negativas en las libertades y los derechos básicos.

IV

6. La deliberación ética nos enseña a alejarnos de los cursos extremos. A rechazar el tratamiento uniforme y cuantificador de los problemas desde la primacía de los datos, desatendiendo la influencia del contexto y la condición biográfica en la solución del caso individual. A no dejarnos dominar por las emociones, como el miedo o la angustia, y descartar el emotivismo, que basa la decisión únicamente en emociones sin pasarlas por el filtro de la razón. A que la ausencia de jerarquías axiológicas y la incertidumbre no son una debilidad sino un rasgo de la racionalidad práctica: deliberamos sobre el cuidado de la salud porque es un asunto contingente que no siempre se materializa de la misma manera¹⁴.

Y así se proyecta en la práctica. Si no se trata solo de curar sino también de cuidar¹⁵ y atender las situaciones de vulnerabilidad, flexibilicemos los criterios de visitas para facilitar el acompañamiento y evitar una despedida en soledad: la vida no es el único valor merecedor de protección. Si la angustia y el estrés moral y asistencial de los profesionales dificultan su actividad¹⁶, separemos la toma de decisiones sobre el triaje y la atención a los pacientes, que responden a criterios y fines diferentes desde perspectivas también diferentes (distribución equitativa y eficiente de recursos para proteger la salud de todos de modo imparcial; utilización indicada y eficaz de los recursos que benefician la salud del paciente individual), y asignemos aquella a un

comité interdisciplinar independiente del profesional asistencial¹⁷. Si la distribución equitativa de los recursos combina eficiencia y justicia, resistamos la fuerza apremiante de la regla de rescate¹⁸ y recordemos que la COVID-19 no es la única patología ni siempre la necesidad prioritaria que merece la respuesta inmediata del sistema sanitario y sociosanitario. Es probable que esta crisis del sistema de salud finalice con más muertes de personas con necesidades urgentes de atención sanitaria o cuidados que de pacientes diagnosticados con COVID-19¹⁹.

V

7. En situaciones extraordinarias como la desencadenada por la COVID-19 seguimos reconociéndonos como agentes morales, y por ello la Bioética debe estar presente. Que una situación sea excepcional no significa que la Ética sea una excepción y pueda arrinconarse; sí implica, en cambio, que su intervención deba adaptarse a esa situación, al igual que los estándares de cuidado en situaciones de crisis matizan los criterios de cuidado habituales²⁰. La Bioética deliberativa lo expresa así: no existe una respuesta éticamente correcta *a priori*, sino que parece tras ajustarla prudentemente al caso concreto.

8. En esta pandemia descubrimos los problemas de la pluralidad y vulnerabilidad de los valores, la casi irresistible influencia de las emociones y las pasiones, y la dificultad de deliberar y adoptar decisiones prudentes. No es la primera vez que el ser humano se ve forzado a elegir una cosa u otra por la imposibilidad de realizar ambas y así, como tragedia, nos legó Sófocles una enseñanza perdurable²¹. Las visiones estrechas de Creonte y Antígona simplifican el mundo de los valores para negar el conflicto²² y desembocan en cursos extremos para proteger un único valor: la justicia (*diké*) en el caso de Creonte y la piedad (*eusébeia*) en el caso de Antígona. En cambio, otros personajes, como Tiresias, exhortan hacia cursos intermedios que eliminen su obstinación y tiendan a una decisión razonable y flexible. Sin embargo, la prudencia (*phrónesis*) no llega a tiempo²³.

9. Siglos después, la deliberación bioética es capaz de orientar la distribución justa de recursos insuficientes en situaciones críticas. Por ejemplo, ¿debería un profesional encargado de la asistencia de estos pacientes tener prioridad en el acceso a las pruebas diagnósticas del coronavirus? La integridad física, la salud o la vida son valores merecedores de respeto en cualquier persona con síntomas o riesgo de infección. Pero en este contexto excepcional no se trata solo de la salud individual, sino de la salud pública, que afecta a la colectividad, y este valor se garantiza mediante la labor asistencial de los profesionales. El profesional asistencial no es *per se* más valioso o digno que los demás, pero el contexto justifica la prioridad del profesional cuya intervención resulta decisiva para atender la pandemia y para proteger la salud individual en un mayor número de casos.

Se ha fundamentado esta prioridad en su valor instrumental, porque sirve para salvar a otros²⁴ y, en tal sentido, maximizar los beneficios esperables, razonamiento que no debe entenderse como un mero criterio pragmático o utilitarista, sino como una combinación de los valores de la eficacia y la equidad. Además, cabe aducir otro argumento de principio para justificar este curso de acción intermedio: la reciprocidad²⁵, que para ser justa debe ser una reciprocidad proporcional y no basada en la estricta igualdad. Se trata de prestar a los profesionales una atención proporcional a su conducta y a los riesgos asumidos en el cumplimiento de sus deberes profesionales²⁶; no es una conducta supererogatoria, sino una conducta ajustada a la excepcionalidad de la situación que deviene ejemplo de profesionalidad y excelencia.

VI

10. Afortunadamente, la Bioética ha comparecido para afrontar la crisis de la COVID-19 desde China²⁷, Italia²⁸, Francia²⁹, Bélgica³⁰, el Reino Unido^{31, 32}, los EE.UU.^{33, 34} o España^{35, 36, 37, 38, 39}. No procede ahora formular un juicio sobre estas propuestas, pero sí confirmar que la Bioética afecta a todos, y que una educación ética es esencial para formar la capacidad de reconocer, articular y resolver los desafíos éticos y guiar a las personas y los órganos deliberativos. Como individuos, para orientarnos en un sistema de salud cada vez más complejo. Como ciudadanos, para definir qué valores comunes deberían guiar las políticas públicas en cuestiones fundamentales como el nacimiento, la muerte, la salud y el bienestar u otras que decidamos. Como científicos, clínicos o juristas, para resolver problemas, comprender y cumplir nuestros deberes profesionales y ser conscientes del amplio impacto social de nuestro trabajo⁴⁰.

* Este artículo fue publicado originalmente en el blog de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica: <http://www.asociacionbioetica.com/blog/bioetica-lenguaje-y-covid-19>

¹ Helena Legido-Quigley, “The resilience of Spanish health system against the COVID-19 pandemic”, *The Lancet* March 18, 2020. Accesible en [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30060-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30060-8/fulltext).

² Michael Walzer, *Guerras justas e injustas. Un razonamiento moral con ejemplos históricos* (1977, 3.^a edición, 1997), traducción de Tomás Fernández Aúz y Beatriz Eguibar, Barcelona, Paidós, 2001.

³ Diego Gracia, “La deliberación moral: el método de la ética clínica”, *Medicina Clínica* 117 (2001), 18-23. Accesible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775301719987>.

⁴ Aristóteles, *Ética a Nicómaco* VI 1140b 3-5, 20-22. (Edición bilingüe y traducción de María Araujo y Julián Marías, 7.^a edición, Madrid, Centro de Estudios Político y Constitucionales, 1999).

⁵ Diego Gracia, “Teoría y práctica de la deliberación moral”, en Lydia Feito, Diego Gracia, Miguel Sánchez (ed.), *Bioética: el estado de la cuestión*, Madrid, Triacastela, 2011, 101-154, 120-125.

⁶ World Health Organization, *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Accesible en <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>.

⁷ Nuffield Council of Bioethics, *Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic*, 2020. Accesible en <https://www.nuffieldbioethics.org/news/responding-to-the-covid-19-pandemic-ethical-considerations>.

⁸ Aristóteles, *Ética a Nicómaco* II 1106a 29-1107a 26.

⁹ John L. Austin, *Cómo hacer cosas con palabras* (1962), traducción de Genaro R. Carrió y Eduardo A. Rabossi, Barcelona, Paidós, 5.^a reimpresión, 1998.

¹⁰ John R. Searle, *Actos de habla. Ensayo de filosofía del lenguaje* (1969), traducción de L. M. Valdés Villanueva, Madrid, Cátedra, 4.^a edición, 1994.

¹¹ Jürgen Habermas, *Teoría de la acción comunicativa, I. Racionalidad de la acción y racionalización social* (1981; 1987⁴), traducción de Manuel Jiménez Redondo, Madrid, Taurus, 1987.

¹² John R. Searle, *La construcción de la realidad social* (1995), traducción de Antoni Doménech, Barcelona, Paidós, 1997.

¹³ Amy Gutmann and Dennis Thompson, “Deliberating about Bioethics”, *Hastings Center Report* 27/3 (1997), 38-41, 39.

¹⁴ Aristóteles, *Ética a Nicómaco* II 1104a 3-5; III 1112b 2-3.

¹⁵ Daniel Callahan (dir.), *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas* (1996). Accesible en <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/11-los-fines-de-la-medicina-the-goals-of-medicine->.

¹⁶ Nancy Berlinger et al., *Ethical framework for health care institutions responding to novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) & Guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19. Managing uncertainty, safeguarding communities, guiding practice*, The Hastings Center, March 16, 2020. Accesible en <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>.

¹⁷ Robert D. Truog, Christine Mitchell, George Q. Daley, “The toughest triage-allocating ventilators in a pandemic”, *NEJM*, March 23, 2020. Accesible en <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689>.

¹⁸ Albert Jonsen, “Bentham in a box: technology assessment and health care allocation”, *The Journal of Law, Medicine and Ethics* 14/3-4 (1986), 172-174, 174. Accesible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1748-720X.1986.tb00974.x>.

¹⁹ Lawrence O. Gostin, Eric A. Friedman and Sarah A. Wetter, “Responding to COVID-19: how to navigate a public health emergency legally and ethically”, *The Hastings Center Report* March-April 2020, 1-5. Accesible en <https://www.thehastingscenter.org/responding-to-covid-19-how-to-navigate-a-public-health-emergency-legally-and-ethically/>.

²⁰ Institute of Medicine, *Crisis Standards of Care: A systems framework for catastrophic disaster response*, Washington, CD, The National Academies Press, 2012, 1-71-1-86. Accesible en <https://www.nap.edu/catalog/13351/crisis-standards-of-care-a-systems-framework-for-catastrophic-disaster>.

²¹ Sófocles, “Antígona”, en *Tragedias*, introducción de José S. Lasso de la Vega; traducción de Assela Alamillo, Madrid, Gredos, 1981, 240-299.

²² Martha C. Nussbaum, *La fragilidad del bien. Fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega* (1986), traducción de Antonio Ballesteros, Madrid, Visor, 1995, 89-130.

²³ Diego Gracia, “Teoría y práctica de la deliberación moral”, 129-152.

-
- ²⁴ Ezequiel J. Emanuel et al., "Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19", *NEJM*, March 23, 2020, 3 y 5. Accesible en <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114>.
- ²⁵ World Health Organization, *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*, 2016. Accesible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf;jsessionid=F3C1D0BAF83455FCE3DCE431F13C426D?sequence=1>.
- ²⁶ Abel Novoa, "¿Deben los profesionales sanitarios correr riesgos en la epidemia del COVID-19?", 15 de marzo de 2020. Accesible en <http://www.nogracias.org/2020/03/15/deben-los-profesionales-sanitarios-correr-riesgos-en-la-epidemia-del-covid-19-por-abel-novoa/>.
- ²⁷ Ruipeng Lei and Renzong Qiu, "Report from China; ethical questions on the response to coronavirus", January 31, 2020. Accesible en <https://www.thehastingscenter.org/report-from-china-ethical-questions-on-the-response-to-the-coronavirus/>.
- ²⁸ Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Reanimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), *Raccomandazioni di ética clínica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizione eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, 06.03.2020. Accesible en <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>.
- ²⁹ Comité Consultatif National d'Éthique, *COVID-19: Enjeux éthiques face à une pandémie*, 13 mars 2020. Accesible en https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf.
- ³⁰ Belgian Society of Intensive Care Medicine (SIZ), *Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine*, March 18, 2020. Accesible en <https://www.hartcentrumhasselt.be/professioneel/nieuws-professioneel/ethical-principles-concerning-proportionality-of-critical-care-during-the-covid-19-pandemic-advice-by-the-belgian-society-of-ic-medicine>.
- ³¹ Nuffield Council of Bioethics, *COVID-19 ethics resources*. Accesible en <https://www.nuffieldbioethics.org/publications/covid-19/covid-19-ethics-resources>.
- ³² Department of Health & Social Care, *Responding to COVID-19: Ethical framework for adult social care*, 19 March 2020. Accesible en <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-ethical-framework-for-adult-social-care/responding-to-covid-19-the-ethical-framework-for-adult-social-care>.
- ³³ The Hastings Center, *Ethics resources on the coronavirus*. Accesible en <https://www.thehastingscenter.org/ethics-resources-on-the-coronavirus/>;
- ³⁴ The Berman Institute of Bioethics, Johns Hopkins University, *COVID-19 Ethics and policy insights and resources*. Accesible en <https://bioethics.jhu.edu/research-and-outreach/covid-19-bioethics-expert-insights/>.
- ³⁵ Institut Borja de Bioètica, *Recursos éticos sobre el coronavirus (COVID-19)*. Accesible en <https://www.iborjabioetica.url.edu/es/comunicacion/recursos-eticos-sobre-el-coronavirus-covid-19>.
- ³⁶ Grupo de trabajo de Bioética de la SEMICYUC, *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las Unidades de cuidados intensivos (SEMICYUC)*, marzo 2020. Accesible en https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf.
- ³⁷ Comité de Bioética de España, *Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus*, 25 de marzo de 2020. Accesible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>.
- ³⁸ Observatori de Bioètica i Dret, *Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia*, marzo de 2020. Accesible en http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/doc_recom-pandemia.pdf.
- ³⁹ Consello de Bioética de Galicia, *Crise sanitaria causada polo COVID-19. Algunhas consideracións éticas*, 26 de marzo de 2020. Accesible en <https://www.sergas.es/Bioetica/Documents/151/2020-Crise-sanitaria-causada-polo-COVID-19-Algunhas-consideracions-eticas.pdf>.
- ⁴⁰ Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, *Bioethics for every generation. Deliberation and education in health, science, and technology*, Washington, D.C, May 2016, 52-53. Accesible en https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcsbi/sites/default/files/PCSBI_Bioethics-Deliberation_0.pdf.

NADA QUE DECIR

Dra. Beatriz Moreno Milán

Hospital Fuenfría. SERMAS. Cercedilla

Profesora Asociada. Dpto. Personalidad Evaluación y Psicología Clínica

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

www.beatrizmorenopsicologa.es

Mientras escribo estas líneas, en España seguimos atrincherados en la Fase Cero. Va mejorando la famosa curva y podemos salir a la calle con prudencia y responsabilidad. Pese a ello, el escenario real sigue siendo tan incierto como desolador. A dos meses de vigencia del estado de alarma, llevamos cerca de treinta mil muertos, más de ciento sesenta mil en Europa y casi trescientos mil en el mundo. No quiero amargar la tarde a nadie, pero la mala noticia es que el ritmo del progreso es demasiado lento. Seguimos indefensos ante el contagio a la espera de un tratamiento infalible y una vacuna eficaz. Con lo que, la enfermedad y la muerte siguen discurriendo en soledad, inexorablemente. Lo más difícil de asumir, es que nos queda mucho camino por delante.

Perdimos a mi padre hace unas semanas, víctima de esta pandemia. Su muerte está siendo tan inmanejable para mi y mi familia, que no dejo de cuestionarme el duelo y sus dichosas fases, a la vez que contemplo con desesperación cómo la escandalosa cifra de muertos se convierte en un simple número de un listado. No haber tenido la oportunidad de acompañarle, ni velarle, ni tener *nada que decir* sobre un asunto tan íntimo y nuestro resulta tan devastador que puede llegar a trastornar.

Dicen algunos expertos del duelo que “*podremos despedirnos de los muertos cuando esto acabe*” o incluso recomiendan “*vivir este proceso como un paréntesis*”. Sin comentarios. Dadas las circunstancias, parecen recomendaciones tan poco posibles como contraindicadas. Sin duda, veremos luz al final del túnel, aunque lo probable es que no sea pronto. Con lo que habremos de buscar la manera de despedirnos tan pronto como sea posible. Lo que sí es seguro, es que nuestras consultas empiezan a llenarse de viudas, viudos y huérfanos del adiós con criterios diagnósticos de un *Desorden por Duelo Traumático Prolongado*.

Me sigue atormentando saber, a ciencia cierta, que podría seguir vivo si hubiera tenido la fortuna de ser uno de los candidatos a una UCI. “Cómo es posible, me digo a mi misma, que hayamos *pasado de colocar un bypass* a un señor de 85 años (y celebrar los avances de la ciencia en uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo), a *desestimar* a un hombre con edad de correr media maratón”. No me extraña que España evite este horror saliendo a aplaudir a los balcones.

No pudimos acompañarle ni despedirnos. Sin embargo, cada día ponemos todo nuestro empeño en dar sentido a este ingente dolor. Amar de verdad duele. Tratamos de apartar de la cabeza esa maldita despedida que nunca tuvo lugar. Buscamos algo de paz, aferrándonos al recuerdo de su sonrisa, y sus besos. Sería imperdonable perder la perspectiva de la relación una vida entera.

Me da que pensar...

Cómo afronta la muerte nuestra sociedad

En la situación que estamos viviendo han muerto muchas personas, es algo para lo que como sociedad no estábamos preparados. De la muerte no se habla, o se habla poco, como tampoco del envejecimiento. Parece que nuestra cultura busque denodadamente la eterna juventud, intentamos prolongarla a cualquier precio, sin embargo tanto el envejecimiento como la muerte son consustanciales a la vida. Nada hay más cierto que los seres vivos mueren.

La Covid-19 nos ha puesto esta cuestión sobre la mesa, es imposible mirar hacia otro lado, y decidir que no la vemos. A pesar de todo ello, seguimos poniendo nuestro pensamiento en el futuro, esto pasará, más pronto o más tarde, volveremos a sentarnos en las terrazas, a viajar, ya estamos hablando de la “nueva normalidad” que vendrá. Seguramente cambiarán algunas de las costumbres que teníamos, tal vez aumente la distancia entre las personas, tal vez no saludaremos con dos besos, o tal vez todo seguirá igual pasado un tiempo. En un futuro inmediato habrá una “nueva normalidad”, que se instalará en nuestra vida con la intención de protegernos frente a una enfermedad para la que la medicina no tiene una respuesta contundente. La pandemia ha irrumpido de forma brusca en nuestras vidas y aún estamos, como sociedad, en fase de shock.

La vida es un proceso que tiene un principio y un fin. En el inicio los seres humanos somos vulnerables y necesitamos ser cuidados, necesitamos en gran medida que otras personas se ocupen de nosotros. En ese momento la mirada de aquellos que nos cuidan, pone en el horizonte el hecho de que en un momento seremos más o menos autónomos y no necesitaremos de esos cuidados. A largo de la vida como adultos, la vulnerabilidad del ser humano parece estar escondida, si bien es cierto que con el enfermar la vulnerabilidad se vuelve a hacer presente. Pero la medicina ha desarrollado su conocimiento para paliar estas situaciones puntuales de

vulnerabilidad. A veces no consigue “sanar” a la persona, pero la enfermedad se puede convertir en crónica evitando un desenlace fatal. Sin embargo pasada una edad, que no es la misma para todas las personas, comienza el descenso de la montaña, vamos disminuyendo nuestras capacidades y nuestras habilidades y vamos muriendo un poquito cada día. Con el envejecimiento llega la pérdida de algunas capacidades o su disminución, la lentitud se va instaurando poco a poco y vamos disminuyendo la velocidad, en un mundo como el nuestro, que podríamos llamar de la inmediatez. Con las pérdidas llega el dolor asociado a las mismas y el miedo a una pérdida total de nuestra autonomía, y finalmente llega la muerte una vez agotada la vida.

Tal vez sea el miedo lo que nos conduce a comportarnos, ante la muerte, como el avestruz, que esconde la cabeza debajo del ala pensando que no la verá el cazador. Miramos para otro lado sin querer ver nuestro propio deterioro, y por tanto asumiéndolo con mucha dificultad, sin apenas reflexión. Nunca es el momento adecuado para que finalice la vida. En cualquier caso la pérdida de una persona causa mucho dolor a sus seres queridos.

Nuestra cultura admite con dificultad que no se puede hacer más y que la vida ha terminado, que toca irse. El desarrollo de la medicina nos ha hecho sentir un importante grado de seguridad frente a la enfermedad o la muerte, haciéndonos sentir menos vulnerables ante ellas. Pero en este momento ha aparecido un virus que cuestiona la protección de la medicina, y nos devuelve la consciencia de nuestra vulnerabilidad. Durante dos meses hemos ido contando, y haciendo público, el número de personas que han muerto, y este número ha sido muy elevado en un periodo de tiempo proporcionalmente corto.

Hace tiempo que entre los objetivos de la medicina, se ha puesto el de procurar que la muerte sea lo más llevadera posible. **Es inevitable por tanto preguntarse sobre como han muerto las personas en esta pandemia**, reflexionar sobre ello. **La intención no es señalar que se ha hecho mal, sino más bien que podemos aprender de cara al futuro, analizando lo que ha sucedido.** No tanto si se podía haber hecho mejor, que eso ya no se puede cambiar, sino **que debemos aprender de cara al futuro.**

Al menos culturalmente, en nuestro entorno, la despedida de los seres queridos y el acompañamiento son importantes para aceptar la pérdida, y demasiada gente ha muerto en la UCI, o en el hospital, “aislada”, por evitar el contagio, sin poder tener cerca a sus seres queridos. Es cierto que los profesionales sanitarios han acompañado, han prestado móviles, se ha organizado el envío de cartas a personas que estaban aisladas, se han utilizado tabletas, todo ello precisamente para aliviar esa **“soledad del aislamiento”**. Y **precisamente son los profesionales sanitarios, quienes han detectado la necesidad. Ellos han facilitado, con lo que estaba a su alcance, una respuesta a esa vulnerabilidad que va más allá de la enfermedad, que es la soledad o el aislamiento**, porque en definitiva somos seres sociales.

Hemos puesto todo el conocimiento y toda la tecnología para afrontar la enfermedad que produce el virus, y hemos trasladado a quienes estaban infectados al hospital, poniendo a su disposición todos los medios que teníamos. Pero **esta enfermedad ha producido complicaciones que han resultado letales en un grupo de población que tenía patologías de base.** Dadas sus condiciones sanitarias ¿podríamos haber actuado de otra manera?. Es decir, **¿podría haber atendido el sistema sanitario de otra manera a estas personas?**, ¿se podría haber prestado una atención adecuada a su situación en sus domicilios?.

El fallecimiento de una persona supone dolor y sufrimiento para sus seres queridos en cualquier caso, pero acompañar a las personas en sus últimos momentos, aún siendo doloroso, resulta beneficioso para aceptar la pérdida, como si **el sufrimiento y el dolor fueran un puente para la aceptación de la pérdida.** Esta pandemia también ha puesto de manifiesto la necesidad de las personas de comunicarse con sus seres queridos cuando su vida estaba en grave riesgo, y cuando percibían que su muerte podía estar cerca, por eso hemos señalado anteriormente que los profesionales sanitarios intentaban que las personas aisladas mantuvieran la comunicación con sus seres queridos.

El rechazo, que tenemos como sociedad, a la aceptación de que la vida tiene un final, tal

vez nos haya impedido aceptarla cuando la muerte irrumpió de forma brusca. Y desde nuestra intención de salvar la vida por encima de cualquier otra cosa, hayamos generado más sufrimiento del que era imprescindible a la hora de abandonar la vida. Sufrimiento tanto a los que se fueron, como a los que han sufrido la pérdida. Pensar más en la vida, en el envejecimiento y en su final, podría ayudarnos de cara al futuro a afrontar mejor el final de la vida.

Gracia Álvarez Andrés, Máster en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid.
Enfermera y siempre alumna.

Correo electrónico: graciaal@gmail.com

Las pandemias en el cine

Las pandemias ha sido un tema muy tratado por el cine, en diferentes momentos y en diferentes perspectivas. Normalmente lo ha tratado vinculado a catástrofes, grandes accidentes, o desastres naturales que han puesto la existencia del ser humano contra las cuerdas. Así, muchas veces se presenta el “cine de pandemias” vinculado con el llamado “cine apocalíptico”. No falta razón para esta clasificación. Sin embargo, por lo menos en este momento, me gustaría distinguirlo para, al hacer esta distinción, ponerlo en relación con lo que hemos vivido con la pandemia del coronavirus (COVID-19), con lo que estamos viviendo, y lo que podemos llegar a vivir.

Hay muchas películas, algunas muy buenas, otras no tanto, pero todas, incluso las peores, nos pueden ayudar a pensar nuestra situación. Aquí me referiré a algunas de las mejores.

El primer consejo que daría –reconociendo su dificultad– es que se vea la situación que hemos vivido (que vivimos) “como una película”, es decir, que vean la realidad (en distintos lugares del mundo, en diferentes momentos) como un producto de ficción, o lo que es lo mismo, que vean lo que ha pasado (y las maneras de afrontarlo) como una posibilidad. Y así, con esta actitud, acercarnos a las diferentes películas, a los diferentes escenarios.

Clásicos contemporáneos (*Estallido, Contagio*)

En primer lugar, me gustaría presentar las dos películas que consideraría fundamentales, de obligada visión, a la hora de reflexionar cinematográficamente sobre una pandemia. Son, diría, dos buenas películas, bien hechas, entretenidas y muy bien interpretadas: *Estallido* y *Contagio*.



Estallido (*Outbreak*, 1995, Wolfgang Petersen). En África, el ejército de los Estados Unidos arrasa un campamento del Zaire en el que un virus mortal semejante al ébola estaba acabando con la población. Lo que se pretendía con esta medida era mantener el virus en secreto y, al mismo tiempo, impedir que se propagase. Lo que no estaba previsto era que un pequeño mono, portador del peligroso virus, viajara en un barco desde el Zaire a EE.UU. El pánico se desata cuando se descubre que todos los que han estado en contacto con el simio empiezan a mostrar los primeros síntomas de la enfermedad (filmaffinity).

Contagio (*Contagion*, 2011, Steven Soderbergh). De repente, sin saber cuál es su origen, aunque todo hace sospechar que comienza con el viaje de una norteamericana a un casino de Hong Kong, un virus mortal comienza a propagarse por todo el mundo. En pocos días, la enfermedad empieza a diezmar a la población. El contagio se produce por mero contacto entre los seres humanos. Un thriller realista y sin efectos especiales sobre los efectos de una epidemia (filmaffinity).



De la mano de la ciencia ficción

12 monos (*12 Monkeys*, 1995, Terry Gilliam). Año 2035. Tras la epidemia provocada por un virus asesino que ha matado a millones de personas, los supervivientes se refugian en comunidades subterráneas, húmedas y frías. El prisionero James Cole se ofrece como voluntario para viajar al pasado y conseguir una muestra del virus, gracias a la cual los científicos podrán elaborar un antídoto. Durante el viaje conoce a una bella psiquiatra y a Jeffrey Goines, un excepcional enfermo mental. Cole tratará de encontrar al “Ejército de los 12 Monos”, un grupo radical vinculado a la mortal enfermedad. (*filmaffinity*).



Bird Box (2018, Susanne Bier). Un lustró después de que una misteriosa presencia sobrenatural llevara al suicidio a una gran parte de la sociedad, una de las supervivientes, Malorie Hayes (Sandra Bullock), y sus dos hijos, buscan desesperadamente el modo de salvarse río abajo, en una pequeña barca, hacia un lugar seguro (*filmaffinity*).

De la mano de la experiencia sanitaria

93 días (*93 Days*, 2016, Steve Gukas)

¿Qué ocurre cuando la enfermedad infecciosa más mortal del hombre llega a una megaciudad con más de 21 millones de personas? Esta película basada en hechos reales nos lo recuerda. Narra la historia de algunos de los médicos que combatieron el brote de ébola en el año 2014. Un hombre llega a Lagos con síntomas de ébola, un grupo de médicos tiene que evitar a toda costa que la enfermedad se extienda. La película nos muestra el denodado esfuerzo de un heroico servicio médico.



Pandemias apocalípticas y “zombis”

Hay todo un conjunto de películas que vinculan el tema de las pandemias con los efectos en los contagiados, estos se convierten en “zombis”. A pesar de ser de menor calidad y adentrarse en otro tipo de cine no dejan de plantear temas y preguntas inquietantes. La gran cuestión que nos plantean es el carácter de humanidad/inhumanidad que damos a los contagiados; los tratamos como inhumanos.

28 días después (*28 days later*, 2002, Danny Boyle). Película pionera en esta conexión entre pandemia y zombis, llena de calidad y con notable éxito de crítica y público.



Londres es un cementerio. Las calles antes abarrotadas están ahora desiertas. Las tiendas, vacías. Y reina un silencio total. Tras la propagación de un virus que acabó con la mayor parte de la población de Gran Bretaña, tuvo lugar la invasión de unos seres terroríficos. El virus se difundió, tras la incursión en un laboratorio, de un grupo de defensores de los derechos de los animales. Transmitido a través de la sangre, el virus produce efectos devastadores en los afectados. En 28 días la epidemia se extiende por todo el país y sólo queda un puñado de supervivientes. (filmaffinity)

Otras películas: *Guerra mundial Z* (2013, Marc Forster), *Soy leyenda* (2007, Francis Lawrence), *Tren a Busán* (2016, Yeon Sang-ho)



No podemos olvidar tampoco aquellas que proceden de adaptaciones literarias: *La peste*, *Muerte en Venecia*, *A ciegas (Ensayo sobre la ceguera)*, etc. Tampoco quisiera olvidarme de una película que lleva la reflexión filosófica a su más alta expresión, y precisamente desde una pandemia como la peste, en la Edad Media, me refiero a *El séptimo sello*.

¿Qué nos aportan estas películas?

- ✚ Estas películas nos muestran situaciones en la ficción que pueden ser reales, son posibles; de hecho, muchos comportamientos y medidas tomadas han sido “como en las películas”.
- ✚ Los temas básicos que se plantean en la mayor parte de estas películas son: la deshumanización de los contagiados (infectados), la situación de los servicios médicos, las medidas de control que ejercen los Estados—independientemente de que se declaren democráticos o no—, la brecha social en los procesos de contagio, tratamiento, etc., la mercantilización de la salud, el lugar que ocupan (y que pasan a ocupar) los expertos (los científicos), el poder desmesurado de la ciencia (con su idea de progreso y la “hubris” a él asociada, la falta de una dimensión moral, etc. Una gran cantidad de temas que podríamos decir que son.... “de máxima actualidad”.
- ✚ Las situaciones de pandemia, como hemos visto y sufrido son situaciones de incertidumbre; las películas nos la muestran en variedad de registros. Algo digno de destacar que vemos en la mayor parte de películas, y en la realidad, es que ante las situaciones de incertidumbre tendemos a aferrarnos a narrativas que nos den

- seguridad y simplifiquen la complejidad: remedios ingenuos, teorías conspirativas, mensajes maniqueos (buenos/malos), etc.
- ✚ El cine tiene la ventaja de ayudarnos a vivir indirectamente la pandemia, desde otras perspectivas, desde otros comportamientos y reacciones. De esta manera nos ayuda a pensar mentalmente otros cursos de acción posibles, pues nos están presentando escenarios distintos, es decir, nos ayudan a analizar las diferentes decisiones que se pueden tomar en cada situación. Por tanto, pueden ser un buen recurso para evaluar cuál ha sido nuestro comportamiento en la pandemia “real”.
 - ✚ Estas películas, en confrontación con nuestra situación real, nos permiten, en muchas de sus situaciones, poner a prueba el ejercicio de la deliberación.
 - ✚ Al ver muchas de ellas, por ejemplo, “Contagio”, podemos decir que “se nos queda mal cuerpo”, y hace que nos intranquilemos. No es malo, si nos lleva a la reflexión y a la evaluación. Así, estas películas pueden funcionar como espejos, es decir, nos permiten ver en ellas nuestra situación, ser un espejo de nuestras acciones y decisiones, de nosotros mismos.
 - ✚ Además del uso deliberativo (reflexivo y crítico), también podemos pensar que estas películas actúan como vacunas, que nos permiten en una pequeña dosis (la dosis de la ficción) someternos imaginativamente a los efectos más dispares de una pandemia. Nos ayudan a ponernos en guardia poniéndonos en situación.
 - ✚ Es muy interesante, y podría ser objeto de un brillante análisis, el papel que juegan en estas películas los diferentes colectivos implicados: sanitarios, políticos, periodistas, “población”, etc.
 - ✚ Esta forma de afrontar la pandemia que vemos en estas películas sería ocasión también para ver cómo se presentan grandes temas filosóficos, sobre todo aquellos que tienen que ver con lo esencial de la vida humana (cuerpo, identidad, lenguaje, espacio-tiempo, muerte, vulnerabilidad). Estas películas suponen, vistas de una determinada forma, toda una antropología filosófica, que precisamente se pone en juego (su ausencia, su presencia, su necesidad) en las situaciones de crisis. Cuando el ser humano está en juego nos urge saber qué está en juego, qué es el ser humano, es decir, si la aventura de la humanidad sigue valiendo la pena.

Para saber más:

- Walter Dehority, “Infectious Disease Outbreaks, Pandemics, and Hollywood—Hope and Fear Across a Century of Cinema”, April 24, 2020, JAMA. 2020;323(19):1878-1880.
- Travis M. Andrews, “Image without a caption, Sure, binge ‘Contagion’ and other pandemic movies right now. But their creators urge you to watch with caution”, March 19, 2020
- Han, Q., & Curtis, D. R. (2020). “Social Responses to Epidemics Depicted by Cinema. Emerging Infectious Diseases”, 26(2), 389-394. <https://dx.doi.org/10.3201/eid2602.181022>.

Tomás Domingo Moratalla

Profesor de Antropología Filosófica. UNED

Caso Clínico Comentado

Esclerosis sistémica

Descripción de los hechos

Nuria Pérez de Lucas
Médica, ESAPD Sur-Este, Madrid

Paciente de 73 años, diagnosticada en 2019 de esclerosis sistémica con afectación digestiva grave.

La esclerosis sistémica es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por inflamación y fibrosis de múltiples órganos (piel, aparato digestivo, pulmón, riñón y corazón). Después de la piel, el órgano más afectado, con una frecuencia del 75 al 90%, es el tracto gastrointestinal

La afectación del tracto gastrointestinal se manifiesta por la aparición de disfagia orofaríngea, disfagia esofágica, reflujo gastroesofágico, gastroparesia, seudoobstrucción, sobrecrecimiento bacteriano y malabsorción intestinal, estreñimiento, diarrea y/o incontinencia fecal. Estas afectaciones condicionan la ingesta alimentaria y la absorción intestinal y conducen a la aparición progresiva de deficiencias nutricionales. Alrededor de un 30% de los pacientes con esclerosis sistémica presentan malnutrición. En el 5-10% de los pacientes, los trastornos gastrointestinales son la principal causa de muerte.

Antecedentes Personales: Hipertensión arterial. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Histerectomía a los 40 años por mioma. Resto sin interés.

Enfermedad actual: en 2010 comienza con episodios de dolor abdominal y diarrea. Es diagnosticada de diarrea crónica y comienza seguimiento en el servicio de digestivo con el diagnóstico de diarrea crónica con sobre crecimiento bacteriano. Del 2010 al 2018 precisa 14 ingresos hospitalarios por complicaciones digestivas: diarrea, dolor abdominal, vómitos y un cuadro suboclusivo.

En 2019 es diagnosticada de esclerodermia sistémica con afectación digestiva grave. En mayo es intervenida quirúrgicamente por cuadro de obstrucción intestinal. Desde entonces precisa nutrición parenteral a través de catéter Hickman.

De mayo a septiembre presenta varios episodios de cuadros suboclusivos. En el último ingreso sufre un Íleo adinámico que se complica con una sepsis de origen intestinal por sobrecrecimiento bacteriano. Presenta además neumonía broncoaspirativa, insuficiencia respiratoria global con necesidad de ventilación mecánica no invasiva, bacteriemia por E. Cloae relacionada con catéter Hickman. Precisa cambio de catéter y se coloca un PICC-line.

Tras este ingreso la paciente sale de alta con un importante deterioro físico y funcional, con una pérdida de 30 Kg de peso (de 70 Kg al inicio de la enfermedad a 39 kg en la actualidad) y con nutrición parenteral, por lo que es institucionalizada en una residencia para garantizar los cuidados ya que previamente la paciente vivía sola.

Se realiza seguimiento desde los servicios de digestivo y reumatología de su hospital de referencia. Dada la situación de riesgo de la paciente secundaria a su desnutrición, se desestima tratamiento con inmunosupresores y se realiza interconsulta a inmunología para valorar indicación de Gammaglobulinas

intravenosas (GGIV) a altas dosis, como tratamiento preventivo de infecciones. La decisión de aplicar dicho tratamiento la toma la comisión de protocolos y tratamientos.

La información que recibe la enferma sobre esta medida terapéutica es que "mejora la inmunidad y la calidad de vida". No se informa a la paciente de la fase de la enfermedad ni del mal pronóstico. La paciente y la familia no participan en la decisión.

En septiembre de 2019, el médico de la residencia solicita interconsulta al ESAPD (equipo de soporte de atención paliativa domiciliaria) por mal control del dolor, en una paciente con necesidades paliativas por esclerosis sistémica con afectación digestiva grave. Conocemos a la paciente en su habitación. Impresiona de enfermedad grave y nos trasmite tristeza y sufrimiento.

Puesto que se trata de una enfermedad muy poco frecuente, antes de realizar ningún tipo de intervención, realizamos una revisión bibliográfica del tema y contactamos con el servicio de inmunología al que ella acudía periódicamente para recibir tratamiento con GGIV. Nos informan de que es una enferma con muy mal pronóstico y que la están tratando con GG para evitar infecciones. Contactamos también con el servicio de reumatología donde confirman el mal pronóstico, debido a la desnutrición severa que presenta.

Se trata por tanto de una enferma con necesidades paliativas, con mal pronóstico debido a la afectación digestiva grave y a la desnutrición severa.

Proponemos una visita con paciente y familia para hacer valoración del caso, explorar su vivencia de enfermedad y sus deseos en relación con tipo de tratamiento que desea recibir y elaborar un documento de planificación compartida de la atención (PCA).

Documentando la PCA

Asisten a la visita: la enferma, uno de sus dos hijos, la médico de la residencia y la médico y la enfermera del ESAPD.

Se trata de una mujer viuda con dos hijos. La hija ha tenido problemas de drogadicción y actualmente está ingresada en prisión. La paciente ha vivido los últimos años con su hermana, que falleció hace dos años. Se revisa la información. La paciente está informada de su enfermedad, pero no del mal pronóstico. Ella lo intuía, por su deterioro físico y las múltiples complicaciones, pero nunca se lo habían transmitido abiertamente.

Se analizan las alternativas de tratamiento, aclarando los objetivos terapéuticos de cada uno de ellos.

Se analiza la vivencia de enfermedad y los valores de la paciente:

"No quiero más tratamientos, mas pruebas ni más ingresos hospitalarios. Quiero permanecer en la residencia. Que se me trate el dolor y no sufrir más. Si tengo una complicación, deseo tratamiento de confort en residencia. Si aparecen síntomas en agonía solicito sedación".

Respecto al lugar del fallecimiento, refiere que quiere morir en residencia. Nombra a su hijo representante.

Agradece la conversación: *"nunca nadie me había hablado en estos términos, ni se había preocupado de mí, de lo que es para mí importante"*

Una vez realizada la valoración, se incluye a la paciente en programa de paliativos.

Contactamos con servicio de Inmunología y Reumatología del hospital de referencia para informar de la decisión de la paciente de no continuar con tratamiento con GGIV ni revisiones en hospital.

Las primeras visitas del ESAPD se centran en el control del dolor. Se ajusta la analgesia precisando la utilización de opioides mayores con buena respuesta terapéutica.

A los 20 días presenta un episodio de vómitos y dolor abdominal compatible con cuadro suboclusivo. Se opta por tratamiento conservador con infusor subcutáneo con: analgésicos, antieméticos, antiseoretos y bolos de corticoides.

Se consigue una mejora de la sintomatología y la paciente comienza a integrarse en algunas actividades de la residencia.

Dos semanas después empezamos a encontrar complicaciones **por errores** en los cuidados: descontrol de la sintomatología por no detectar que el infusor estaba clampado, aparición de síntomas por no administrar la medicación de rescate que estaba pautada; punto de inyección de la vía subcutánea saturado y por tanto mal control de síntomas, infusor vacío con aparición de dolor y agitación...

Sin duda la complicación más importante fue la salida del catéter de nutrición parenteral 5 cm. Las auxiliares no habían detectado este problema. Fue diagnosticado por la enfermera del ESAPD en una visita de seguimiento.

Desde el ESAPD contactamos de forma urgente con el servicio de radiología vascular para su recolocación. Se consiguió la cita en un día y se recolocó sin incidencias

A los 15 días presenta de nuevo un cuadro suboclusivo con vómitos en posos de café. La paciente está consciente y orientada, presenta mal estado general, esta hipotensa, taquicárdica y con una saturación de 89%. Hablamos con la paciente y con el representante sobre la gravedad de la situación y solicitan permanecer en la residencia, reforzando el tratamiento de confort y comenzar sedación si aparecen síntomas que condicionen sufrimiento.

Comentario

Nuria Pérez de Lucas
Médica, ESAPD Sur-Este, Madrid

Problemas éticos

Ante la gravedad de la situación y con los antecedentes de complicaciones por errores en los cuidados nos planteamos: ¿debemos trasladar a la paciente a una unidad de cuidados paliativos para garantizar los cuidados necesarios en fase de agonía, o por el contrario debemos respetar la decisión de la paciente de permanecer en la residencia hasta su fallecimiento?.

Valores en conflicto

- Beneficencia: garantizar los cuidados adecuados de la paciente en fase de agonía para facilitar una muerte tranquila y sin complicaciones.

- Respeto a los valores del paciente: Autonomía. Mantener el compromiso con la enferma de permanecer en la residencia, registrada en su documento Planificación.

Cursos extremos de acción

Si priorizamos garantizar un adecuado cuidado en fase de agonía, ingresaríamos a la paciente en una unidad de cuidados paliativos, coordinando el traslado a través de una gestora de camas, para evitar el paso por un servicio de urgencias.

Si por el contrario priorizamos los deseos de la paciente recogidos en el documento de planificación (PCA) mantendríamos a la paciente en la residencia, asumiendo las limitaciones del centro residencial.

CURSOS INTERMEDIOS DE ACCIÓN

- Ante todo nos parece prioritario el respeto a las decisiones de la paciente recogidas en el documento PCA. Sin embargo, debido a las complicaciones surgidas en las últimas semanas, para respetar su decisión de no realizar un ingreso hospitalario, deberíamos tomar una serie de medidas:

- Implicar a profesionales de la residencia, resaltando la importancia de las decisiones compartidas con los enfermos y su entorno de cuidados.

- Adiestrar a los profesionales de la residencia en manejo de las técnicas que estábamos utilizando para el control sintomático: vía subcutánea, infusor tipo elastómero, hidratación, cuidados del catéter de nutrición parenteral.....)

- Seguimiento clínico de la enferma por parte del equipo de cuidados paliativos y apoyo telefónico a los profesionales que atienden a la paciente 24 horas al día.

- Apoyo en las complicaciones. Asistencia por parte del ESAPD en nuestro horario y coordinación con el servicio de urgencias de PAL 24 (paliativos 24), para atención en noches y festivos, dejando registro de tratamientos y sobre todo de TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS, en la historia clínica informatizada para garantizar la continuidad asistencial.

- Cuidar el entorno del fallecimiento. La paciente vivía en habitación compartida con otra residente, pero sugerimos traslado a una habitación individual en situación de últimos días para dar intimidad a la familia en el momento del fallecimiento. La supervisora de la residencia facilitó en todo momento este plan de cuidados.

- Acercamiento e implicación de la familia. Facilitar trámites para permitir el acompañamiento (realización de informe para la empresa donde trabajaba el hijo para que él pudiera disponer de unos días para acompañar a su madre).

- Apoyo en la sedación: indicación de inicio y tipo de sedación. Administración de la sedación a través infusor subcutáneo para facilitar el control de síntomas y el trabajo de los profesionales que atienden al enfermo.

- Seguimiento hasta el éxitus. Apoyo al duelo en los familiares incorporando a la psicóloga que trabaja en el ESAPD.

Tras realizar este proceso clínico asistencial, en que tuvimos en cuenta estos cursos intermedios de acción, la paciente fallece en la residencia, en una habitación individual, sedada y tranquila y acompañada por su hijo.

PRUEBAS DE CONSISTENCIA

Todas estas recomendaciones pasarían las pruebas de consistencia que revisamos en todos los casos de deliberación: la legalidad, la publicidad y el tiempo.

Epicrisis

Javier Júdez

Coordinación regional estratégica para la
Cronicidad avanzada y la atención sociosanitaria.

Región de Murcia.

Vicepresidente, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica

Estamos ante un caso donde se ha podido implementar una toma de decisiones compartidas (TDC) y planificación compartida de la atención (PCA), entre todos los afectados (paciente, familiares, cuidadores, profesionales de servicios especializados) en una enfermedad crónica avanzada que entra en fase final de la trayectoria de enfermedad afrontando una situación de últimos días, que reside en una comunidad residencial.

Este contexto es especialmente oportuno en medio del shock en el que estamos inmersos por la epidemia de la COVID19. En efecto, con la epidemia provocada por el SARS-CoV-2, en muchos casos, se ha producido una vertiginosa colisión entre el **deber de cuidado** (no abandono) y el **deber de equidad** (eficiencia, balance de riesgos/beneficios). Esto ha producido un desasosiego no menor, a la hora de gestionar las obligaciones éticas de un gestor en una crisis provocada por una pandemia, a saber: el **deber de planificar** en un contexto de incertidumbre; el **deber de proteger** a las personas vulnerables y a los profesionales que las cuidan; y el **deber de guiar** en un contexto en el que pueden afrontarse contingencias que requieran alterar los estándares de cuidados.

Los conflictos son especialmente álgidos cuando la **ética de la salud pública** que maximiza el bien colectivo (e identifica a los individuos por su estatus serológico con riesgo de despersonalizarlos al ser no sólo víctimas sino también vectores) se combina con la **ética del “bote salvavidas”** propia de situaciones de recursos escasos (falta de camas de UCI o de respiradores), donde prima el “aprovechamiento/desaprovechamiento” en la escasez, junto a la **ética del final de la vida** (dignidad, legado, humanización).

En este contexto epidémico ha sido especialmente relevante la gestión de estas éticas en el marco de las **comunidades residenciales**, principalmente **de mayores**. ¿Cuál es el mejor lugar para atender a una persona en el contexto epidémico? ¿Requiere siempre el hospital? ¿Puede ser atendido humanamente, sin ser abandonado, en la propia residencia? ¿Qué apoyos adicionales requiere dicha atención, en un contexto normal y en un contexto epidémico como el vivido?

El caso presentado nos ofrece un magnífico ejemplo de cómo a través de procesos de PCA personalizados que impliquen a todos los afectados, se puede atender a las preferencias del paciente y su familia (autonomía relacional), implementar apoyos y medidas para abordar las carencias que pudieran existir en la asistencia en una etapa final de vida o en el proceso de últimos días, manteniendo una atención humanizada en el entorno residencial que es el domicilio final de vida de muchas personas.

La COVID19 nos ha mostrado de manera intensa y palpable lo que no queremos (enfermar) o cómo no queremos que nos suceda algo (que nos nieguen un recurso; morir solos). Hemos sido testigos impotentes de muchas situaciones mejorables. El caso presentado por Nuria Pérez de Lucas nos muestra un estándar de buena práctica en el que superar, mediante un proceso de PCA y las herramientas y recursos que moviliza, una situación difícil de final de la vida en un entorno residencial, convirtiéndolo en un lugar de bien morir y no un lugar de abandono. Gracias por reforzarnos el camino.



Reseña de Libros

Pandemia. La covid-19 estremece al mundo

Slavoj Zizek

Anagrama 2020, 148 pp.

“Hegel escribió que lo único que podemos aprender de la historia es que no aprendemos nada de la historia, así que dudo que la epidemia nos haga más sabios”. Slavoj Zizek

El título original es *Pandemic! Covid-19 Shakes the World* y fue publicado en la editorial OR Books LLC, Nueva York, 2020 (en abril). Y ahora (desde mayo) ya lo tenemos traducido al castellano y al catalán por la editorial Anagrama (con 148 páginas). De este breve detalle surgen dos cosas a destacar para comprender este libro. La primera es que el nombre en inglés lleva exclamaciones y en la versión castellana ya no. Y esto no es algo menor. No puedo dejar de ver en esto algo que atraviesa todo el libro, a saber, el “nerviosismo” típico de Zizek (a quien conozco) ahora se volvió superlativo. Y lo es por escribir rápidamente ante la urgencia de la llegada de la Pandemia al planeta, la crisis sanitaria no solamente europea, y, en especial, la crisis política que se avecinaba (lo escribo en pasado). Y ante ello, Zizek intenta ver cómo se puede salir de todo este dolor de la mejor forma posible. Esto es, con “menos” Capitalismo y, por fin, con “más” Comunismo”. Y “Comunismo” aquí significa algo bien simple, esto es, un sistema político más integrado y cooperativo para hacer frente a crisis globales; por ejemplo, la creación de un sistema integrado sanitario europeo.

Ese nerviosismo del esloveno ante la tragedia por los millones de contagiados, por los miles de muertos, porque no hay vacuna por lo menos en un tiempo corto, por la rapidez de la expansión del SARS-CoV-2 desde Wuhan, China, a todo el planeta, se ve reflejado ya en el nombre del libro con exclamaciones a todo el desarrollo del texto en su trazo literario mismo: desde el análisis de las causas del virus a las soluciones para vivir mejor después de la Pandemia. Y ese “tono” se pierde en la traducción, porque obviamente no pasó nada con el Capitalismo, al contrario llegó “más” Capitalismo para salvar a los Estados y no pasó absolutamente nada con el “Comunismo”, es decir, sigue totalmente muerto en este planeta. Y no hay cómo revivirlo, ni una Pandemia lo logra (Zizek lo insinúa en su libro). Además, la vida continuó e incluso se abrieron las librerías, se hacen traducciones rápidas y se venden libros como este mismo libro de Zizek. Ya no hay urgencia en la traducción al castellano. Y eso que pasó solamente un mes entre ambas versiones. Un mes fue mucho para la Pandemia, para el Capitalismo y para el humano mismo. Y lo que quedó claro, en tan sólo un mes, repito, fue que no queremos cambiar en nada nuestra forma de vida capitalista.

La segunda cosa a destacar, ya dicho en la primera, es la urgencia de escribir un libro sobre la Pandemia, incluso traducirlo a varios idiomas de forma rápida. Esa rapidez de Zizek (él escribe con una matriz que le permite hacerlo de esa forma, asociado a su editor que le ayuda en todos los detalles técnicos y duerme muy poco) es realmente interesante porque la filosofía hoy se tiene que hacer cargo de lo que acontece y no puede esperar a teorizar por fuera del momento histórico en el que se está. Y menos puede esperar si en lo que acontece está en juego la propia vida humana. Zizek ha dado una lección en todo su libro del inicio al final con este asunto; los filósofos se tienen que hacer cargo del acontecimiento (es un mandato ético), incluso si tienes miedo, como él mismo, por su edad y su grave enfermedad de diabetes, porque obviamente él mismo no puede contagiarse. Así y todo y tratando de no contagiarse en Eslovenia, confinado a “cal y canto” en su piso (sin tener contacto con nadie de forma física, pero sí a través de lo virtual), se puso a escribir literalmente todo el día y todos los días, se informó de lo que pasaba desde China a USA (desde aspectos científicos a sociológicos que produce el virus); y allí elaboró este libro que Ud. podrá leer.

Zizek en todo el texto opera con dos direcciones, típico de un hegeliano, esto es, una afirmativa y otra negativa; e intenta que desde la negativa se afirme una posible solución. La afirmativa lo hace con ciertas citas del joven Hegel en donde queda claro que nos constituimos con y por el Otro, independientemente de pandemia, virus, contagio, cuarentena, confinamiento, prohibición de tocarse, miedo al Otro, etc. Zizek lo dice así: “¿Cuál es el significado de esta prohibición de ‘no me toques’? Las manos no pueden acercarse a la otra persona; solo desde el interior podemos acercarnos unos a otros, y la ventana hacia el ‘interior’ son nuestros ojos. Durante estos días, cuando te encuentras con

una persona cercana a ti (o incluso con un desconocido) y mantienes la distancia adecuada, una profunda mirada a los ojos del otro puede revelar algo más que un contacto íntimo. En uno de sus fragmentos de juventud, Hegel escribió: ‘El ser amado no se opone a nosotros, es uno con nosotros, es uno con nuestro propio ser; nos vemos a nosotros mismos en él, aunque ya no es un nosotros: es un acertijo, un milagro [*ein Wunder*], algo que no podemos comprender’¹. Esta idea de Žizek, por la cual el Otro nos constituye y, además, ese Otro nunca se agota en uno, estará presente en todo el libro y es lo que mueve su escritura, su urgencia y la posibilidad de reflexionar en plena crisis y siendo parte de ella misma (aquí no estamos viendo una Pandemia en los libros, como Foucault, ni ante la TV, como la Guerra del Golfo que explicaba Baudrillard, sino que la vivimos en el movimiento mismo de ella y nos subjetivamos con ella). Este motor del Otro es lo que llevará a Žizek a repensar un “Comunismo” a la altura de los tiempos del siglo XXI que pueda hacerse cargo de las catástrofes globales, porque el Capitalismo siempre opera de forma inversa, esto es, centrado en el yo.

Y la dirección negativa del análisis de Žizek, indica en denunciar cómo el Capitalismo ha sido bastante culpable del desastre de la llegada del virus, ya en su globalización, ya en su crisis sanitaria, ya en su falta de institucionalidad para enfrentar problemas planetarios, etc. El pensador esloveno esto lo resume en una pregunta: “No será suficiente considerar la epidemia un accidente desafortunado, librarnos de sus consecuencias y regresar al modo en que hacíamos las cosas antes, realizando quizá algunos ajustes a nuestro sistema de salud pública. Tendremos que plantear la siguiente pregunta: ¿qué ha fallado en nuestro sistema para que la catástrofe nos haya cogido completamente desprevenidos a pesar de las advertencias de los científicos?”². Lo que ha pasado es que todas nuestras instituciones como nuestra propia vida está mediada por el Capitalismo. Y es por eso que Žizek intenta, una y otra vez, en este libro generarnos conciencia de que esto no pasará, que el virus llegó para quedarse siempre y que volverán otras formas más graves de catástrofes planetarias. Y, por lo tanto, si no estamos prevenidos para lo que viene será realmente una muy “mala noticia” para la humanidad.



Ricardo Espinoza Lolas

Académico, escritor, teórico crítico y filósofo chileno

Dr. en Filosofía por la UAM

Catedrático de Historia de la Filosofía Contemporánea

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

¹ Žizek, S., *Pandemia. La covid-19 estremece al mundo*, Anagrama, Barcelona, 2020, p. 10.

² *Ib.*, p. 12.

Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [Coloquio virtual COVID-19 y Bioética](#). Universidad Nacional Autónoma de México. 24-26 junio 2020.
- [American Society for Bioethics and Humanities. 22nd Annual Conference. Virtual](#). 15-18 Octubre 2020.
- [II Congreso internacional de Bioética](#). Fundació Víctor Grifols i Lucas. Universidad de Vic. Nuevas fechas: 18-19 febrero 2021
- [Global Ethics Summit](#). "The Business Case: Strategies to Advance Integrity During an Era of Disruption". 7-8 abril 2021.

Bibliografía y fuentes de Bioética



- McInerney, D.Q. Being ethical. St Augustines Pr.Inc. 2020.
- Dancy, J. Practical Shape. A Theory of Practical Reasoning. OUP Oxford. 2020.
- Eberl, J.T. The nature of Human Persons. Metaphysics and Bioethics. University of Notre Dame Press. 2020.
- Amo, R. (ed.) Bioética y cáncer. U.P. Comillas. 2020.
- Lecuona, I. De (coord.) Derecho y bioética. Editorial UOC. 2020.
- Aguilar, F., Gaitán, A., Viciano, H. Una introducción a la ética experimental. Cátedra. 2020.
- Sádaba, J. Una ética para el siglo XXI. Tecnos. 2020.
- Cortina, A., Correa, M. (eds.) Ética aplicada desde la medicina hasta el humor. Ediciones UC. 2020.
- Card, R.E. A new theory of conscientious objection in medicine. Routledge. 2020.
- McLeod, C. Conscience in reproductive health care. OUP Oxford. 2020.
- Cohen, I.G. et al (eds.) Disability, health, law and bioethics. Cambridge University Press. 2020.
- Coeckelbergh, M. AI ethics. The MIT Press. 2020.
- Pugh, J. Autonomy, rationality and contemporary bioethics. OUP Oxford. 2020.
- Tumaini Chuwa, L. Bioethics of nonexistence. Christian Faith Publishing, Inc. 2020.
- Childress, J.F. Public bioethics. Principles and problems. Oxford University Press. 2020.
- Marcos A.M. (ed.) En tiempos de vulnerabilidad: reflexión desde los derechos humanos. Dykinson. 2020.

Información para autores/as



1. El objetivo de la Revista *Bioética Complutense Magazine* es contribuir a la difusión y el desarrollo de la bioética, desde una perspectiva plural, abierta y deliberativa. Se incluyen todas las opiniones, siempre que estén justificadas, y se valoran las aportaciones de las diversas aproximaciones y enfoques a las cuestiones.

2. La Revista *Bioética Complutense Magazine* se publica semestralmente (dos números al año), en formato electrónico, bajo una licencia Creative Commons© de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

3. Artículos: La Revista *Bioética Complutense* publica artículos originales en castellano, pero acepta originales en inglés (consultar otros idiomas). Los artículos no deberán exceder las 3.500 palabras (incluidas tablas y cuadros, si los hubiere); irán precedidos de título, resumen (máximo 80 palabras) y palabras clave, tanto en el idioma en el que hayan sido redactados como en inglés.

Al final del artículo se puede incluir un apartado de Referencias bibliográficas. En este apartado se consignarán las obras por orden alfabético, siguiendo el sistema de citación de la APA. Ejemplos:

- Nussbaum, M. (2010). *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Madrid: Katz.
- Fins, J.J. (2010). The humanities and the future of bioethics education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 19, 518-21.
- Hare, R.M. (1994). Utilitarianism and deontological principles. En R. Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics* (pp.149-157). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (Marzo 2015). Grey Matters. Topics at the Intersection of Neuroscience, Ethics and Society. Recuperado de http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter_V2_508.pdf

En caso de que el artículo contenga notas, éstas irán situadas a pie de página, numeradas correlativamente conforme a las llamadas en superíndice incluidas en el texto. Las referencias bibliográficas incluidas en las notas seguirán el sistema de citación APA.

4. Reseñas: Las reseñas de libros, eventos y otras informaciones no excederán las 1.500 palabras. Incluirán el título y datos bibliográficos del libro, o los datos del evento.

5. Se admite la inclusión de tablas, cuadros, dibujos e imágenes.

6. Los originales deben ser enviados en formato Word (con el texto lo más limpio posible, sin introducir códigos) a la siguiente dirección de correo electrónico: bioeticacomplutense@gmail.com

El autor habrá de indicar su dirección de correo electrónico. Así mismo, adjuntará un breve curriculum (3 líneas máximo) y el dato de afiliación que desea hacer constar bajo su nombre.

7. Se acusará recibo de los manuscritos. El Consejo de Redacción decidirá, en base a los informes de los evaluadores, sobre la conveniencia de su publicación.

8. Los manuscritos presentados no deben haber sido publicados anteriormente ni estar en vías de publicación.

9. Deben expresarse los posibles conflictos de intereses que tengan los autores (relaciones financieras o personales que puedan influir en su trabajo de modo inadecuado).

10. Para cualquier modificación de estas normas, artículos con formatos excepcionales, o preguntas en general, dirigirse a la dirección de email de envío de originales.



Information for authors



1. The objective of *Bioética Complutense* Magazine is to contribute to the dissemination and development of bioethics from a plural, open and deliberative perspective. All opinions are included, provided they are justified, and the contributions of the various approaches to issues are valued.

2. *Bioética Complutense* Magazine is published bianually (two issues per year), in electronic form, under a Creative Commons© license Attribution- NonCommercial-NoDerivatives (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

3. **Articles:** *Bioética Complutense* Magazine publishes original articles in Spanish, but accepts originals in English (see other languages). Articles should not exceed 3,500 words (including tables and charts, if any); shall be preceded by title, abstract (maximum 80 words) and keywords, both in the language in which they were written and in English.

At the end of the article may be included a References section. In this section works should be entered in alphabetical order, following the APA system of citation. Examples:

- Nussbaum, M. (2010). *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Madrid: Katz.
- Fins, J.J. (2010). The humanities and the future of bioethics education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 19, 518-21.
- Hare, R.M. (1994). Utilitarianism and deontological principles. En R. Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics* (pp.149-157). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (Marzo 2015). *Grey Matters. Topics at the Intersection of Neuroscience, Ethics and Society*. Recuperado de http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter_V2_508.pdf

If the article contains notes, they will be located as footnotes, numbered consecutively as superscript calls included in the text. The bibliographical references in the notes should follow the APA citation system.

4. **Reviews:** Book reviews, events reviews and other informations will not exceed 1,500 words. They include the title and bibliographic data of the book or the event data.

5. The inclusion of tables, charts, drawings and pictures is accepted.

6. The originals must be sent in Word format (with text as clean as possible without introducing codes) to the following email address: bioeticacomplutense@gmail.com

The author must specify his/her e-mail address. Also, it must be attached a brief curriculum (maximum 3 lines) and affiliation data he/she wants to include with his/her name.

7. Receipt of manuscripts will be acknowledged. The Editorial Board will decide, based on the reports of the evaluators, on the desirability of publication.

8. Manuscripts submitted must not have been published previously or be in process of publication.

9. There must be expressed the potential conflicts of interest that authors may have (financial or personal relationships that may influence their work inappropriately).

10. For any modification of these rules, items with exceptional formats, or general questions, please contact the email address for sending originals.

Bioética Complutense ISSN: 2445-0812



Bioética *Complutense*

ISSN: 2445-0812

Nº39
Junio 2020
Segunda época