

VI ENCUENTROS EN BIOÉTICA PUERTA DE HIERRO

15 y 17 de diciembre de 2020

”CONFLICTOS BIOÉTICOS EN LA PANDEMIA POR COVID-19”

LIBRO DE PONENCIAS

ORGANIZA

Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS)
Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC)
Formación Continuada
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

LIBRO DE PONENCIAS DE LOS VIENCUENTROS EN BIOÉTICA PUERTA DE HIERRO

Los autores no tienen inconveniente en que se utilice el contenido de este Libro de Ponencias, siempre y cuando se persiga el mismo fin que ha hecho posible su edición y sea citado en las referencias bibliográficas de rigor.

Sin embargo, no está permitida la reproducción total o parcial de este libro, su tratamiento informático, la transmisión de ninguna otra forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, CUANDO SE PERSIGA CON ELLO BENEFICIOS ECONÓMICOS O INTELECTUALES, sin el permiso escrito de los titulares.

@2020 COMITÉ DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA
Joaquín Rodrigo, 2
28222-Majadahonda (Madrid)

Primera edición: 2020

Diseño: Arturo José Ramos Martín-Vegue

Apoyo administrativo: Doña Sagrario Gil Calvo

LIBRO DE PONENCIAS

VI ENCUENTROS EN BIOÉTICA PUERTA DE HIERRO “CONFLICTOS BIOÉTICOS EN LA PANDEMIA POR COVID-19”

Majadahonda, 15 y 17 de diciembre de 2020

ORGANIZA

Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria
Asociación de Bioética Fundamental y Clínica
Formación Continuada
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

COORDINADOR

Dr. Arturo José Ramos Martín-Vegue
Jefe de Servicio de Admisión y Documentación Clínica
Secretario del Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria

**COMITÉ DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA (CEAS)
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA
Diciembre, 2020**

D. Antonio Martínez Maroto	Abogado
Dr. Armando J. Pardo Gómez	Médico Adjunto de Geriatría
Dr. Arturo J. Ramos Martín-Vegue	Secretario. Jefe de Servicio de Admisión y Documentación Clínica
Doña Carolina Pascual	Psicóloga del Equipo de Soporte Hospitalario en Cuidados Paliativos
Doña Carolina Ruiz Entrecañales	Enfermera de la Unidad de Calidad
Doña Cristina Álvarez López	Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos
Dr. Gabriel Rodríguez Reina	Médico Adjunto de Urología
D. Miguel Herraiz Sarachaga	Catedrático de Física de la Tierra (UCM)
Dra. Inocencia Fornet Ruz	Jefa de Sección de Anestesia y Reanimación
Doña Isabel Roch Hamelín	Vicepresidenta. Enfermera de Neumología
Doña Laura Vicente Izquierdo	Vicesecretaria. Enfermera de Farmacología Clínica y Banco de Sangre
Dra. María Rodríguez-Monsalve Herrero	Médico Adjunto de Urología
Dra. María Trapero Marugán	Médico Adjunto de Gastroenterología y Hepatología
Dra. M ^a Luisa Rodríguez de la Pinta	Jefa de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
Doña Mercedes Merlo López	Enfermera de Radiología Intervencionista
Doña Paloma Pérez San Pedro	Trabajadora Social
Dr. Pedro Durán del Campo	Presidente. Médico Adjunto de Medicina Interna
Doña Pilar Prieto Vicente	Enfermera del Equipo de Soporte Hospitalario en Cuidados Paliativos
Dra. Raquel Cervigón Portaencasa	Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria
Dra. Teresa Tójar Grisolia	Médico Adjunto del Equipo de Soporte Hospitalario en Cuidados Paliativos

El hombre necesita saber cómo van a ir sucediendo
las cosas si no quiere verse perdido entre ellas.

Xabier Zubiri,
Naturaleza, hombre y dios.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	9
AUTORES	11
AGRADECIMIENTOS	13
INTRODUCCIÓN	15
ÉTICA DEL TIEMPO ANTE LOS RETOS GLOBALES.....	19
ACCESO Y ATENCIÓN EN UCI	43
ANÁLISIS DE LAS RECOMENDACIONES DE LA SEMICYUC Y LA CRÍTICA QUE HACE EL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA	63
¿HEMOS CUIDADO BIEN A NUESTROS MAYORES?	77
¿HEMOS CUIDADO BIEN A NUESTROS PROFESIONALES SANITARIOS?	91
BIEN COMÚN Y SOCIEDAD	99
¿HEMOS APRENDIDO?	119

CONFLICTOS BIOÉTICOS EN LA PANDEMIA POR COVID-19

PRESENTACIÓN

"El hombre necesita saber cómo van a ir ocurriendo las cosas, si no quiere verse perdido entre ellas" (Xavier Zubiri)

CUÁNDO



15 y 17 de diciembre. De 16,30-19 horas.
Solicitada acreditación

DÓNDE

Modalidad Webinar, a través de la plataforma
ZOOM: 987 1847 0171

COORDINADOR

Dr. Arturo J. Ramos Martín-Vegue. Máster en Bioética. Jefe de Servicio de Admisión y Documentación Clínica y Secretario del CEAS (HUPHM).

ORGANIZAN

- ✓ Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria.
- ✓ Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC).
- ✓ Formación Continuada.

SÍGUENOS EN



@CEASPHM

SECRETARÍA

Lourdes Acosta 91 191 63 47
Sagrario Gil 91 191 74 95

Inscripción gratuita
a través de la APP:



Formación HUPHM
Hospital U. Puerta de
Hierro Majadahonda

500 plazas por orden de inscripción

DOCUMENTACIÓN

A través de la APP los alumnos podrán descargar el diploma acreditativo y realizar la encuesta de satisfacción.

Recibirán una URL de enlace a Dropbox donde podrán descargar los textos y materiales complementarios de todas las ponencias.

MARTES 15 DE DICIEMBRE

16,30 CONFERENCIA INICIAL

EL SUFRIMIENTO EVITABLE

D. Federico Mayor Zaragoza
Ex Director General de la UNESCO.
Presidente de la Fundación Cultura de Paz.
Presidente del Consejo Científico de la
Fundación Ramón Areces

17,45 1ª MESA: COVID-19 Y SALUD

ACCESO Y ATENCIÓN EN UCI

Dr. Juan José Rubio Muñoz
Especialista en Medicina Intensiva. Jefe de
Servicio de Medicina Intensiva (HUPHM).

¿HEMOS CUIDADO BIEN A NUESTROS MAYORES?

Dra. Cristina Bermejo Boixareu
Especialista en Geriátrica. Jefa del Servicio de
Geriátrica (HUPHM).

JUEVES 17 DE DICIEMBRE

16,30 2ª MESA: COVID-19 Y SOCIEDAD

¿HEMOS CUIDADO BIEN A NUESTROS PROFESIONALES SANITARIOS?

Dra. María Luisa Rodríguez de la Pinta.
Especialista en Medicina del Trabajo. Jefa de
Servicio de Prevención de Riesgo Laborales
(HUPHM)

SOCIEDAD Y BIEN COMÚN

D. Daniel Gil Martorell
Trabajador Social del Centro de Salud Mental
de Colmenar Viejo. Licenciado en Filosofía
por la UCM. Profesor de la Universidad de
Comillas. Decano del Colegio Oficial de
Trabajo Social de Madrid.

18,15 CONFERENCIA DE CLAUSURA

¿HEMOS APRENDIDO?

Dr. Javier Júdez Gutiérrez
Doctor en Medicina. Magíster en Bioética.
Investigador en Bioética. Vicepresidente de la
Asociación de Bioética Fundamental y Clínica



Fundación
Cultura de Paz



AUTORES

Bermejo Boixareu, Cristina

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Alcalá de Henares.
Doctora en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid, calificación de *cum laudem*.
Especialista en Geriátrica. Residencia en Geriatria en el Hospital Central de la Cruz Roja.
Máster en Cuidados Paliativos por la Universidad de Valladolid.
Vicepresidenta de la Sociedad Madrileña de Geriátrica y Gerontología.
Impulsora en 2011 de la Coordinación entre el hospital y sus centros socio-sanitarios.
Responsable del Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Gil Martorell, Daniel

Diplomado en Trabajo Social por la Universidad Complutense de Madrid.
Licenciado en Filosofía por la Universidad Complutense de Madrid.
Experto Universitario en Inmigración por la Universidad Pontificia de Comillas.
Educador Social en los Servicios Sociales de las Rozas.
Profesor Asociado en la Universidad Pontificia de Comillas.
Patrono de la Fundación Humans.
Decano del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.
Trabajador Social del Centro de Salud Mental de Colmenar Viejo de Madrid.

Júdez Gutiérrez, Javier

Licenciado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid.
Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid.
Magíster en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid.
Vicepresidente de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC)
Presidente de la Comisión Científica de la ABFyC
Vocal de los Comités de Ética de las Áreas 6 y 7 de la Región de Murcia.
Vocal del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial “Juan Gómez Rubí” de la Región de Murcia.
Director de la Oficina Técnica de la Coordinación Regional Estratégica para la Cronicidad Avanzada y la Atención Sociosanitaria del Servicio Murciano de Salud.

Mayor Zaragoza, Federico

Doctor en Farmacia por la Universidad Complutense de Madrid (1958).
Catedrático de Bioquímica de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada (1963).
Rector de la Universidad de Granada (1968-1972).
Catedrático de Bioquímica por la Universidad Autónoma de Madrid (1972-2004).
Cofundador del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa.
Ministro de Educación y Ciencia del Gobierno Español (1981-82).
Diputado del Parlamento Europeo en 1987.
Director General de la UNESCO, de 1987 a 1999.
Fundador, en el año 2000, y actual Presidente, de la Fundación Cultura de Paz.
Presidente del Grupo de Expertos del Consejo Europeo de Investigación, entre de 2002-2005.
Presidente de Iniciativa para la Ciencia Europea, entre 2007 y 2010.
Presidente de la Comisión Internacional contra la Pena de Muerte desde 2010 a 2017.

Galdos Anuncibay, Pedro

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra.

Especialista en Medicina Intensiva.

Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Intensiva.

Médico Jubilado.

Ramos Martín-Vegé, Arturo José

Licenciado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid.

Especialista en Documentación Médica por la Universidad de Valencia.

Nivel IV de Carrera Profesional del Servicio Madrileño de Salud.

Posgrado en Documentación Médica por la Universidad de Valencia.

Máster en Bioética y Biojurídica por la UNESCO.

Diploma de Estudios Avanzados en Bioética por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Secretario del CEAS del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Coordinador de Formación del CEAS del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Jefe de Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Rodríguez de la Pinta, María Luisa

Licenciada en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid.

Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid.

Especialista en Medicina del Trabajo.

Nivel IV de Carrera Profesional del Servicio Madrileño de Salud.

Técnico en Prevención de Riesgos Laborales por las 4 especialidades.

Vocal del CEAS del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Jefa de Servicio de Prevención de riesgos Laborales de los Hospitales Puerta de Hierro Majadahonda, Fuenfría, Guadarrama y El Escorial.

Rubio Muñoz, Juan José

Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid.

Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid.

Especialista en Medicina Intensiva. Residencia en la Clínica Puerta de Hierro.

Nivel IV de Carrera Profesional del Servicio Madrileño de Salud.

Coordinador de Trasplantes del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Presidente de la Comisión de Docencia del Instituto de Investigación Segovia Arana.

Promotor y creador de la Unidad de Simulación del Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Coordinador del programa de Donación en Asistolia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

AGRADECIMIENTOS

El Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda agradece, en primer lugar, a los 260 participantes en los *VI Encuentros de Bioética Puerta de Hierro* que han hecho realidad el proyecto del CEAS de dar continuidad al *I Encuentro en Bioética Puerta de Hierro*, celebrado el 2015. Compartir 5 horas en jornada vespertina, tras la jornada laboral normal, para reflexionar sobre los *Conflictos Bioéticos en la pandemia por COVID-19*, con tan nutrido grupo de profesionales y compañeros de las profesiones sanitarias, ha merecido la pena.

En segundo lugar, agradecer sinceramente la colaboración y la capacidad de síntesis de los ponentes, que han hecho posible concentrar, en dos jornadas, todos los conflictos que esta infección ha generado y sigue generando en cuidados intensivos, en los profesionales sanitarios, en el cuidado de los mayores y en la sociedad. El esfuerzo ya está correspondido solo con el alivio del sufrimiento de un paciente infectado por SARS-CoV-2.

En tercer lugar, dar las gracias a la Unidad de Formación Continuada del Hospital por haber hecho un “hueco”, hace 7 años, a las inquietudes formativas del CEAS, incluyendo los Cursos de Introducción, de Actualización y los Encuentros en su programa oficial de formación anual. Y reconocer el trabajo llevado a cabo con la desarrollo de la App de formación y la organización del encuentro, a través de Webinar, en la plataforma Zoom.

Por último, agradecer a la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC) su participación como co-organizadora de estos Encuentros en Bioética “Puerta de Hierro”, desde su tercera edición.

El problema de incluir un apartado de agradecimientos es dejar fuera de él a numerosos compañeros que, de una u otra forma, han arrimado el hombro para hacer posible esta actividad formativa y este Libro de Ponencias. Gracias también a vosotros.

Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

INTRODUCCIÓN

El preámbulo del *Decreto 61/2003 de 8 de mayo, por el que se regula el régimen jurídico de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y crean y regula la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid*, recoge:

“En la actualidad, hay que tener en cuenta que el entorno en el que se desarrollan las relaciones entre los pacientes y los profesionales sanitarios, viene condicionado, en gran medida, por varios elementos: los avances técnicos en medicina que han trasladado la atención exclusivamente centrada en el enfermo hacia la capacidad más técnica del médico y hacia los recursos necesarios; la posibilidad de interferir médicamente en los momentos críticos entre la vida y la muerte; la conciencia de que la tecnología y la investigación médica se pueden volver en contra del paciente y la certeza de que la ciencia por sí misma en su devenir, puede poner en peligro la dignidad humana por prácticas inadecuadas de la biología y la medicina”.

Para evitar este riesgo y en cumplimiento de las funciones que el Decreto encomienda a los miembros de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS), como garantes de los derechos de los pacientes, y como formadores en bioética de los profesionales sanitarios, se requiere la formación continua de dichos componentes y la puesta al día en las últimas aportaciones del Derecho y la Medicina al campo de la Bioética, lo que hace necesario estos Encuentros en Bioética “Puerta de Hierro” de periodicidad anual.

Desde esta perspectiva, el objetivo principal de estos VI Encuentros es que, una vez que los profesionales destinatarios de esta actividad formativa adquieran los conocimientos, sean capaces de dirimir, a la luz de la Bioética, los conflictos bioéticos a los que se han de enfrentar al tratar a pacientes infectados por la COVID-19.

La humanidad, en su conjunto, está siendo azotada posiblemente por la que va a ser, durante centenares de años, la pandemia más desoladora de la historia. Según datos oficiales proporcionados por el Ministerio de Sanidad, desde que se diagnosticó el primer caso en la región china de Wuhan, en diciembre de 2019, hasta el 14 de diciembre de 2020, han

padecido la enfermedad 72.407.244 habitantes del planeta; de ellos, 1.615.441 no han podido superar la infección y han fallecido. En nuestro país se han infectado 1.751.884 compatriotas, 48.013 de ellos fallecidos. Y, por último, en Madrid el número de afectados asciende a 365.184 con 11.556 fallecidos.

El mundo y nuestra Comunidad de Madrid, en particular, se han visto superados por un proceso nosológico de alta infectividad y mortalidad, de difícil control epidemiológico, que ha generado conflictos internacionales, nacionales, autonómicos y locales, de índole económico y social, para los que no estábamos preparados. La escasez de pruebas diagnósticas y equipos de protección individual, el desconocimiento inicial de herramientas terapéuticas para frenar la infección, el colapso de los servicios sanitarios, la descoordinación y cortedad de miras de la clase política, y un concepto muy *sui generis* del bien común, en la sociedad actual, han hecho que muchos de esos conflictos remuevan los cimientos de los Principios de la Bioética: Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia, entendida como Equidad.

La propuesta de nuestro Comité de Ética para estos *VI Encuentros en Bioética Puerta de Hierro* es deliberar sobre cuatro de esos conflictos: el acceso y atención en las Unidades de Cuidados Intensivos; el cuidado de nuestros mayores; el cuidado de nuestros profesionales sanitarios y la respuesta de la sociedad. Para acabar preguntándonos si hemos aprendido algo.

Si por algo destaca esta pandemia, es por el sufrimiento y la desolación que está causando en todos los estratos de la sociedad, pero especialmente en aquellas personas con menos recursos y más desfavorecidas: muerte más allá de los límites a los que la ciencia está acostumbrada ante una infección, muerte en aislamiento, padecimiento en soledad, desestructuración de las relaciones sociales, e incomprensión de la sociedad ante la cascada de medidas reguladas por las autoridades sanitarias, a veces divergentes, dependiendo de los 17 sistemas de salud de las Comunidades Autónomas.

Por ello, quisimos que participara, con la conferencia inicial, D. Federico Mayor Zaragoza por su vida dedicada, a partes iguales, a la ciencia y a evitar el dolor y el sufrimiento de los seres humanos, de forma radical, como escribe en un poema suyo titulado ¿Radical?:

¿Radical?/ Sí, porque no quiero que mis hijos, nietos, allegados, amigos, enemigos/vean lo que ví,/sientan lo que he sentido/ante la muerte, el hambre, la miseria, el sufrimiento. Porque, además, el Profesor Mayor Zaragoza ha sacado tiempo en su vida para escribir poesía; autor de 10 extraordinarios poemarios que cuentan lo que ha vivido y sentido en su lucha contra la desigualdad. Me atrevo a reproducir un breve poema suyo titulado ESTOY AQUÍ, que sin duda dará respuesta a la pregunta que os hicisteis muchos de vosotros al leer el programa y ver anunciado al profesor en una jornada sobre la COVID-19:

Estoy aquí para contar
lo que he vivido.
Lo que he visto y sentido.
Estoy aquí para escribir
y hablar mientras pueda.
Aquí estoy,
porque es de amigos
decir lo que se cree
y piensa.
Estoy aquí para gritar
si hiciera falta.
Para aprender a amar,
para desaprender la ira,
la fuerza, la violencia.

Todos los ponentes y todas las intervenciones, a través del chat de la aplicación Zoom, han hablado porque estamos entre amigos y nos podemos permitir decir lo que creemos y lo que pensamos sobre cómo han sucedido y están sucediendo los hechos en esta pandemia. Y, gritar, si fuera necesario, ante la muerte y el sufrimiento evitable, título de la conferencia que abre estos Encuentros.

Dr. Arturo J. Ramos Martín-Vegue
Diciembre, 2020



ÉTICA DEL TIEMPO ANTE LOS RETOS GLOBALES

FEDERICO MAYOR ZARAGOZA¹

INTRODUCCIÓN

Una de las facultades distintivas de la especie humana es la de poder anticiparse, de saber para prever, de prever para prevenir. La facultad prospectiva es ahora, en los albores del siglo XXI y del tercer milenio, especialmente relevante ya que, por primera vez desde el origen de los tiempos, la humanidad debe hacer frente a desafíos globales que, si no se abordan *a tiempo*, pueden alcanzar puntos de no retorno. La irreversibilidad potencial forma parte, desde ahora, de la responsabilidad del conjunto de los habitantes de la Tierra, pero, de forma muy especial, de la comunidad científica, académica, artística, intelectual; en suma, que debe situarse en la vanguardia de una gran movilización popular que pueda contrarrestar los grandes poderes guiados exclusivamente por intereses cortoplacistas, cuya ofuscación e ignorancia de la auténtica situación afecta a la propia habitabilidad de la Tierra, no sólo por sus ambiciones hegemónicas sino que, con una inmensa influencia mediática, convierten en espectadores impasibles e indiferentes a buena parte de la ciudadanía.

Es, pues, tiempo de acción. Disponemos de una gran cantidad de diagnósticos pero ahora es indispensable la actuación a tiempo. Y, en estas circunstancias cruciales la ética del tiempo se convierte en uno de los principales referentes del comportamiento cotidiano, a todas las escalas, para evitar lo que constituiría una auténtica irresponsabilidad intergeneracional histórica.

¹ [Referencia bibliográfica]. Mayor Zaragoza F. Ética del tiempo ante los retos [artículo en Internet]. Fundación Cultura de Paz. Disponible en: <http://www.fund-culturadepaz.org/spa/03/2017/ART-Eticadel tiempo.pdf>. Acceso el 14 de diciembre de 2020.

TOMA DE CONCIENCIA

Es preciso estar alerta. Dejar de ser espectadores para ser actores comprometidos, que saben, como tan lúcidamente indicó el Presidente Obama, que “esta es la primera generación que debe hacer frente a este reto –refiriéndose al cambio climático- y la última que puede resolverlo”. Es preciso, lo advirtió el Papa Francisco en su insólita encíclica ecológica “*Laudato si*”, luchar contra la “globalización de la indiferencia”, términos que después ha desarrollado con gran oportunidad Monseñor Marcelo Sánchez Sorondo, Canciller de la Academia Pontificia de Ciencias.

Conciencia de lo que ha acontecido, lecciones del pasado. Conciencia del presente y, sobre todo, memoria del futuro², memoria para saber actuar hoy para el por-venir que está por-hacer. Esta es nuestra responsabilidad y nuestra esperanza: cada ser humano único capaz de crear. Memoria permanente de que todos los seres humanos valen lo mismo. Memoria permanente de que no hay ciudadanos del mundo de clase preferente: ¡todos iguales en dignidad! Memoria de las generaciones venideras. Memoria de la Tierra entera. Memoria, todos los amaneceres, de los excluidos, de los que emigran, de los que mueren en el desamparo. Memoria de la inmensa obra creadora de la humanidad pero, sobre todo, memoria de cada ser humano, uno a uno, porque es el mayor e indeclinable patrimonio universal que tenemos que proteger. Memoria, cada instante del “otro”, de los “otros”, ¡de nos-otros! Memoria, sobre todo, del amor al prójimo, próximo o distante, porque es con frecuencia el supremo olvido, el supremo error. Memoria de la misión esencial de los intelectuales, científicos, docentes, artistas, de liderar la movilización popular, el clamor, la voz debida, la voz de vida a tantos que han tenido que permanecer silenciados, silenciosos, atemorizados, sumisos³. Memoria, en suma, de la acción inaplazable. Ética del tiempo.

PREVENCIÓN

El primer ensayo que escribí se titulaba “*Mañana siempre es tarde*”⁴, que reflejaba la preocupación que durante aquellos años sentí de manera muy profunda cuando inicié la detección

² Mayor, F. “Memoria del futuro”. París: Ediciones UNESCO, 1995. Disponible en: <http://federicomayor.blogspot.com.es/search/label/Memoria%20del%20futuro>.

³ Mayor, F. Blog del 31.11.15: “Memoria para saber lo que acontece. Memoria para inventar el porvenir”.

⁴ Mayor, F. “Mañana siempre es tarde”. Madrid: Espasa Calpe, 1987; Barcelona: Círculo de Lectores, 1988. Blog del 05/03/12: <http://federicomayor.blogspot.com.es/search/label/Ma%C3%B1ana%20puede%20ser%20tarde>.

precoz de alteraciones metabólicas en el neonato, enfermedades “infrecuentes” que cursan con gravísimo deterioro mental y que pueden ser evitadas si se detectan con prontitud después del nacimiento. Si no se pueden detectar estas deficiencias genéticas que durante la gestación han sido suplidas por la madre y que se manifiestan al adquirir la vida autónoma, si no se tratan a tiempo, se convierten en una grave afección patológica que ya no puede mejorarse ulteriormente. No cabe duda, la prevención es la gran victoria. Pero es muy difícil convencer a la gente y a las mismas autoridades de toda índole de la bondad de la prevención, porque los resultados “no se ven”. Estamos acostumbrados a poder contemplar la imagen del “antes” y el “después”. No puede verse el antes porque el “después” se ha evitado con el tratamiento adecuado y ¡a tiempo! Por ello es tan importante que la sociedad en su conjunto y muy especialmente los medios de comunicación, sean capaces de subrayar la importancia de la prevención, aunque sea invisible.

EDUCACIÓN PARA SER

Ser educado es “ser libre y responsable”, como establece con tanta clarividencia el artículo 1º de la Constitución de la UNESCO. En el Informe sobre la “*Educación para el siglo XXI*”, que encomendé en 1992, al entonces Presidente de la Comunidad Económica Europea Jacques Delors, se proponen -fruto del trabajo de una gran Comisión integrada por profesores de todos los grados, pedagogos, sociólogos, filósofos, etc.- cuatro “avenidas” principales del proceso educativo: aprender a ser, aprender a conocer; aprender a hacer; aprender a vivir juntos. De todas ellas, debe destacarse siempre “aprender a ser”. “La educación es – escribió hace un siglo D. Francisco Giner de los Ríos- dirigir con sentido la propia vida”. Sí, aprender a utilizar estas facultades distintivas y desmesuradas de la especie humana: pensar, imaginar, anticiparse, ¡crear! A las “avenidas” de la Comisión de Jacques Delors, añadí “aprender a emprender”, ya que –lo he comentado muchas veces- recuerdo que, después de una estancia larga en el Departamento de Bioquímica de la Universidad de Oxford, en cuyo emblema del Condado figura la frase “*Sapere aude*” (¡atrévete a saber!), pensé, cuando regresaba a España, que junto a *atreverse a saber* hay que *saber atreverse*, ya que, si el riesgo sin conocimiento es peligroso, el conocimiento sin riesgo es inútil.

Es necesario tener siempre presente la distinción entre educación y capacitación. La capacitación varía a veces de forma sustantiva, fijando el progreso en la adquisición de nuevos conocimientos.

En cambio, la educación no se basa en aptitudes sino en actitudes, es decir, el seguimiento de unos principios intransitorios que se derivan de las facultades exclusivas de la condición humana.

LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD

La libertad es el don supremo. Cada ser humano investido de la facultad de discernir, de decidir en cada instante, al justo filo de las luces y de las sombras, de las certezas y de las incertidumbres. La libertad humana, única condición en los designios de la creación. Todo es predecible en el universo, todo regulado por inmutables leyes físicas y químicas, salvo la discrecionalidad humana. Si algo se le impusiera como inequívoco, la máxima potestad humana quedaría desarbolada, desorientada, sabiendo que todo estaba establecido y predeterminado. La dignidad humana se basa, precisamente, en el distintivo poder de enfrentarse sin cortapisas a las preguntas esenciales, en ser capaz, incardinado en temporales y putrescibles estructuras biológicas, de alzar el vuelo en el ilimitado espacio del espíritu.

Cada ser humano único, capaz de crear. Esta es la gran esperanza de la humanidad. Hasta hace poco eran sólo destellos en una trayectoria de la humanidad, caracterizada por un poder absoluto masculino, en que los seres humanos han sido invisibles, anónimos, silenciosos, atemorizados, sumisos. Pero ahora, por primera vez en la historia, la humanidad tiene conciencia global, contempla el conjunto, todas las dimensiones del planeta Tierra, y se da cuenta de que el futuro puede inventarse. A este respecto, me gusta repetir lo que manifestó el Presidente John F. Kennedy en su extraordinario discurso en Washington el 23 de junio del año 1963: “Dicen que el desarme y la paz son objetivos inalcanzables. Demostraré que son factibles, porque no hay ningún desafío que se sitúe más allá de la capacidad creadora de la especie humana”. Libertad y capacidad creadora para no caer nunca en el determinismo, en el “no hay remedio”. El pasado ya está escrito. Debe describirse fidedignamente. Deben aprenderse sus lecciones para escribir el futuro, para inventarlo. Para ser capaces de asegurar a todos los seres humanos las condiciones para una vida digna, en la que tenga lugar el pleno ejercicio de las facultades que les caracterizan.

CRISIS SISTÉMICA

Lo que se nos quiere presentar como una mera crisis financiera es en realidad la parte visible de una verdadera crisis *sistémica* que requiere soluciones valientes, imaginativas e

integradoras. Crisis que no se puede abordar simplemente inyectando recursos económicos en algunas áreas del sistema, o impulsando la producción en sectores clásicos de la economía, sino con un cambio de paradigma fundamentado en la sostenibilidad humana y ambiental. Y los primeros pasos consisten en regular el cambio climático y poner fin a la pobreza, garantizando que todas las personas que respiran el aire común de la Tierra puedan hacer realidad su derecho a una existencia digna.

Las sacudidas de la crisis financiera han sido cada vez más frecuentes y dramáticas. En Asia Oriental, Argentina, Turquía, Brasil, Rusia, Europa, la hecatombe de la “nueva economía”, demuestra que no se trata de accidentes fortuitos de coyuntura que transcurren en la superficie de la vida económica, sino que están inscritos en el corazón mismo del sistema.

Estas rupturas que han acabado produciendo una funesta contracción de la vida económica actual, por el aumento del desempleo y la generalización de la desigualdad, señalan la quiebra del capitalismo financiero y significa la definitiva incapacidad del orden económico mundial actual. Hay que transformarlo radicalmente.

Las “leyes del mercado” han conducido a la situación caótica que ha requerido un “rescate” de miles de millones de dólares de tal modo que, como se ha resumido acertadamente, “se han privatizado las ganancias y se han socializado las pérdidas”. Han encontrado ayuda para los culpables y no para las víctimas. Es una ocasión histórica única para redefinir el sistema económico mundial en favor de la justicia social.

No había dinero para los fondos del SIDA, ni de la alimentación mundial y ahora ha resultado que, en un auténtico torrente financiero, sí que había fondos para no acabar de hundirse los mismos que, favoreciendo excesivamente las burbujas informáticas y de la construcción, han urdido el andamiaje económico de la “globalización”.

No: ahora debemos ser “rescatados” los ciudadanos, favoreciendo con rapidez y valentía la transición desde una economía de guerra a una economía de desarrollo global, en que esa vergüenza colectiva de inversión en armas y gastos militares, de más de 4.000 millones de dólares al día, al tiempo que mueren de hambre más de 20.000 personas, en su mayoría niñas y niños de uno a cinco años de edad, sea superada. Una economía de desarrollo global, sostenible y humano que elimine la abusiva explotación de los recursos naturales que tiene lugar en la actualidad (petróleo, gas, minerales, coltán) y se apliquen normas vigiladas por unas Naciones

Unidas refundadas –que incluirían al Fondo Monetario Internacional, al Banco Mundial “para la Reconstrucción y el Desarrollo” y a la Organización Mundial del Comercio- que dispongan de los medios personales, técnicos, de defensa y financieros necesarios para ejercer su autoridad a escala global eficazmente.

Inversiones en energías renovables, en la producción de alimentos (agricultura, acuicultura y biotecnología), en la obtención y conducción de agua, en salud, medio ambiente y educación, para que el “nuevo orden económico” sea, por fin, democrático y beneficie a la gente. El engaño de la globalización y de la economía de mercado debe terminarse. La sociedad civil ya no será espectador resignado y, si es preciso, pondrá de manifiesto todo el poder ciudadano que hoy, con las modernas tecnologías de la comunicación, posee. Ha llegado el momento del cambio a escala pública e individual. Ha llegado el momento de la justicia.

Existe ya el conocimiento. Debemos ser capaces de aplicarlo. De hacerlo –ética del tiempo- antes de que sea demasiado tarde. Es incuestionable que la gran urgencia actual consiste en hacer posible el disfrute por parte de todos de los frutos del saber. Los desafíos globales requieren soluciones globales que implican a su vez cooperación a escala mundial. Debe ahora fomentarse la investigación en la producción incrementada de alimentos con un consumo de agua ajustado y el máximo ahorro en abonos. A este respecto, la transferencia del sistema nitrogenasa, que capta directamente el nitrógeno atmosférico en las leguminosas, a los cereales y al arroz en particular, representaría un paso gigantesco no sólo en relación a la mayor disponibilidad de alimentos sino por la reducción del impacto medioambiental de los fertilizantes.

Pero en lugar de desacelerar el ritmo trepidante de la producción bélica, se le imprime mayor velocidad por “razones de seguridad”. Lo único que se les ha ocurrido a los “cuatro grandes” en la Unión Europea –Francia, Alemania, Italia y España- reunidos para preparar la conmemoración del 60 aniversario del Tratado de Roma, ha sido duplicar el gasto militar. En lugar de reponer la brújula ética que guió a los fundadores de Europa, en lugar de fortalecer una unión estrictamente monetaria con una unión social, política, cultural y económica. En lugar de procurar el urgente restablecimiento de un sistema multilateral eficiente, y unas Naciones Unidas capaces de recomponer urgentemente los desperfectos producidos por los grupos plutocráticos con los que el tándem Reagan- Thatcher las sustituyó en la década de los ochenta. En lugar de comunicar al mundo en el 60 aniversario de la UE que exigirían a todos los Estados miembros el cumplimiento de la excelente Carta de Derechos Fundamentales (2000) y que no se

permitiría el mínimo brote de racismo, fanatismo, prevalencia, xenofobia, raíces amargas de los conflictos del pasado, en lugar de procurar un nuevo concepto de seguridad, que incluiría la puesta marcha de una generosa ayuda al desarrollo (Objetivos de Desarrollo Sostenible) y los Acuerdos alcanzados en París en diciembre de 2015 sobre Cambio Climático, con el apremio necesario porque se trata de procesos potencialmente irreversibles. En resumen, en lugar de situar a Europa en la vanguardia de la solidaridad y la anticipación, sólo se les ha ocurrido adquirir más armas y construir más muros: “Si quieres la paz prepara la guerra”.

Los Acuerdos de París, adoptados en la “Cumbre del Clima” (del 30 de noviembre al 13 de diciembre de 2015), deben llevarse a la práctica por todos los países del mundo porque es el destino común el que está en juego. Y, si el Presidente Donald Trump, quien desconoce entre otras muchas éticas, la del tiempo, no cumple los deberes tan oportunamente promovidos por su antecesor el Presidente Obama, deberían adoptarse medidas a escala planetaria, un auténtico clamor presencial y en el ciberespacio de los ciudadanos del mundo que no pueden aceptar el irresponsable comportamiento del actual Presidente norteamericano. Es necesario elegir el futuro. Como se indica en el principio de la Carta de la Tierra: “Estamos en un momento crítico de la historia, en el cual la humanidad debe elegir su futuro”. Y termina de este modo: “Como nunca antes en la historia, el destino común nos insta a buscar un nuevo comienzo”⁵.

Desde ahora, hay que adoptar conductas y estilos de vida para que el año 2020 sea el principio de una reacción de gran alcance, firme y coordinada, de tal modo que las medidas pactadas no tengan lugar dentro de tres años en un contexto ecológico aún más sombrío que el actual. Es imperativo que puedan cumplirse con diligencia las previsiones que se aprobaron con tantas dificultades y apremio. Para ello es imprescindible que existan, bien entrenados ya, mecanismos supervisores y reguladores adecuados.

En el antropoceno, garantizar la habitabilidad de la Tierra y una vida digna a todos los seres humanos, constituye una responsabilidad esencial porque el fundamento de todos los derechos humanos es la igual dignidad, sea cual sea el género, el color de piel, la creencia, la ideología, la edad. La crisis sistémica ha conducido a asimetrías sociales y una pobreza extrema, de tal modo que la Tierra, por influencia de la actividad humana, se deteriora.

Vivimos en la era digital. La libertad de expresión permite la participación progresiva de todos los ciudadanos en la toma de decisiones, de tal modo, que se fortalecerán los sistemas

⁵ “La Carta de la Tierra” (2000). <http://cartadelatierra.org/descubra/la-carta-de-la-tierra/>

democráticos, y los cambios de hondo calado se harán factibles porque coinciden tres hechos favorables: 1) el conocimiento de lo que acontece en el mundo, incrementándose los sentimientos de solidaridad (material e intelectual y moral, como se establece en el preámbulo de la Constitución de la UNESCO); 2) mayor número de mujeres en la toma de decisiones, actuando ya en virtud de las facultades que le son inherentes y 3) la posibilidad de participación no presencial, gracias a la moderna tecnología de la comunicación.

Desde la Cumbre de la Tierra, en “Río de Janeiro” (en 1992), han transcurrido ¡23 años! El sentir popular no ha tenido en los medios de comunicación de toda índole el eco que podría alertar a los gobernantes.

Hoy ya podemos contemplar el mundo y debemos observarlo –“¡Qué difícil de observar lo que vemos todos los días”, advirtió Julián Marías- para que la cotidianidad no signifique aceptar lo inaceptable, ni considerar que los “efectos colaterales” del sistema actual son irremediables. Este genocidio de desamparo e inanición que tiene lugar cada día; la forma en que tratamos a quienes intentan llegar a los países más adelantados porque se mueren de hambre en los lugares de origen, deben ser rechazados por un clamor popular con creciente influencia en el ciberespacio. En la era digital, seremos capaces de aplicar aquella fantástica adaptación del conocido refrán que hizo el genial Mario Benedetti: “Todo depende del dolor con que se mire”.

La ética del tiempo nos apremia, debe hacerlo a todos los ciudadanos del mundo y, en particular, a los gobernantes, para poner en práctica los Acuerdos de París sobre Cambio Climático, para evitar el deterioro irreversible de la habitabilidad de la Tierra, y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para evitar, -¿hay algo más irreversible que la muerte?-, que sigan muriendo de inanición y desamparo miles de seres humanos todos los días.

FRENTE A DESAFÍOS GLOBALES, RESPUESTAS GLOBALES.

El día 6 de febrero del año 2017 hice público un “*Llamamiento muy urgente*”, que llevaba por título “Frente a graves amenazas globales, ahora sí, ciudadanos del mundo, ¡uníos!”⁶. Es inaplazable, escribía, advertir a escala mundial la irresponsabilidad inadmisible en la que caeríamos si no reaccionamos con firmeza para reconducir las actuales tendencias.

⁶ <https://llamamientourgenteblog.wordpress.com/>

En el mes de septiembre de 2015, en la “*Declaración Conjunta: Emergencia Social y Ecológica*,”⁷ suscrita en los primeros lugares por Mikhail Gorbachev, Mario Soares, Garry Jacobs, Colin Archer, Roberto Savio y Françoise de Bernard, propusimos ya, con carácter de urgencia, en un contexto insolidario, progresivamente egoísta, xenófobo, racista y fanático, la inmediata adopción de medidas relativas al medio ambiente, las desigualdades sociales y la extrema pobreza, y la eliminación de las armas nucleares, al tiempo que urgíamos la refundación, –inicialmente constituida en sesión permanente extraordinaria- de un sistema multilateral democrático, de las Naciones Unidas, que el neoliberalismo ha marginado y sustituido por grupos plutocráticos.

Como ha sucedido en otros recientes manifiestos y llamamientos (Declaración de los Premios Nobel de la Paz, Barcelona diciembre 2015⁸; Campaña de “Desarme para el Desarrollo”, iniciativa del International Peace Bureau, Berlín, septiembre-octubre de 2016⁹) el inmenso poder mediático acalló cualquier posible eco y siguió propiciando innumerables espectadores sumisos y ofuscados.

El Acuerdo de París sobre el Cambio Climático (CO) así como la propuesta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el periodo 2015-2030 aparecieron como pasos en la buena dirección. Pero al poco tiempo las expectativas empeoraron porque no sólo continuaba la carencia de recursos para la puesta en práctica de los ODS, sino que se confirmaba (Informe de Oxfam-Intermon) la concentración de riqueza en pocas manos y la disminución de los fondos destinados a la ayuda al desarrollo y cooperación internacional. Y, entonces, surgió en el escenario el Presidente Trump. El Partido Republicano ha sido, con escasas excepciones, defensor de la hegemonía norteamericana, oponiéndose radicalmente al multilateralismo democrático: rechazo a la Sociedad de Naciones en 1919; al Sistema de las Naciones Unidas, especialmente en la década de los ochenta, confiando la gobernanza mundial a grupos autárquicos, no suscribiendo la Convención de los Derechos del Niño en 1989; situando la Organización Mundial del Comercio fuera del ámbito de las Naciones Unidas; no haber tenido en cuentas las Resoluciones del Consejo de Seguridad en la invasión de Irak en 2003. Las declaraciones efectuadas por el Presidente Trump relativas a las armas nucleares, al rechazo de las Naciones Unidas y al incumplimiento de los Acuerdos sobre el Cambio Climático constituyen una

⁷ <https://declaracionconjunta.wordpress.com/>

⁸ http://www.fund-culturadepaz.org/doc/Declaracion-Barcelona_PN2015.pdf

⁹ <https://desarmeparaeldesarrollo.wordpress.com/>

intolerable amenaza global. Es inadmisibles, desde todos los puntos de vista, que la actuación al frente del país más poderoso de la Tierra de quien hace caso omiso a las reiteradas advertencias de los científicos, ponga en riesgo inminente a la humanidad entera y, en particular, a los jóvenes y generaciones sucesivas.

Hasta hace poco, “Nosotros, los pueblos” no podíamos expresarnos. Ahora ya podemos hacerlo libremente. Y sabemos lo que acontece. Ahora sí, ya es posible alzar la voz. Y hacerlo con urgencia. Ética del tiempo. Delito de silencio. Frente a una amenaza global, una respuesta global a quien pone en riesgo el cumplimiento de nuestro deber supremo: el cuidado a las generaciones venideras. Traicionarlas constituiría un terrible error histórico.

En “Emergencia Social y Ecológica”¹⁰, (septiembre 2015), hice referencia a la encíclica “*Laudatio Si*” del Papa Francisco, a la importante decisión del Presidente Obama con un plan de choque contra el cambio climático, al discurso del Presidente Mikhail Gorbachev en el *International Climate Change Symposium*, celebrado en Roma los días 27-29 de mayo de 2015 y a los Acuerdos de los Alcaldes de Capitales y Grandes Ciudades, liderado por la Alcaldesa de París, Anne Hidalgo. El Papa Francisco hizo una “Invitación urgente a un nuevo diálogo sobre el modo como estamos construyendo el futuro del planeta. Necesitamos una conversación que nos una a todos, porque el desafío ambiental que vivimos, y sus raíces humanas, nos interesan y nos impactan a todos. Necesitamos una solidaridad universal nueva. Si la actual tendencia continúa, añade, este siglo podría ser testigo de cambios climáticos inauditos y de una destrucción sin precedentes de los ecosistemas, con graves consecuencias. El cambio climático es un problema global con graves dimensiones ambientales, sociales, económicas, distributivas y políticas. Y plantea uno de los principales desafíos que en el presente afectan a la humanidad”.

En el apartado del capítulo 4º dedicado a “Justicia entre las generaciones”, indica con firmeza que no estamos hablando de una actitud opcional, sino de una cuestión básica de justicia, ya que la Tierra que recibimos pertenece también a los que vendrán. Todo proceso potencialmente irreversible requiere una acción adecuada e inaplazable: “La atenuación de los efectos del actual desequilibrio depende de que lo hagamos ahora mismo, sobre todo si pensamos en la responsabilidad que nos atribuirán quienes deban soportar las peores consecuencias”.

¹⁰ <https://declaracionconjunta.wordpress.com/>

En cuanto al Presidente Obama, al tiempo que ponía en práctica el “Plan de Energía Limpia”, para eliminar las emisiones de anhídrido carbónico, con un coste anual de 9.000 millones de dólares, manifestaba, como ya he indicado, que: “Somos la primera generación que siente las consecuencias del cambio climático y la última que tiene la oportunidad para detenerlo”, en la presentación de su programa. Consciente de los puntos de no retorno, de la ética del tiempo, añadió: “No olvidemos que cuando hablamos de cambio climático existe la posibilidad de llegar tarde”.

Por su parte, el Presidente Mikhail Gorbachev, fundador de *Green Cross International*, manifestaba en su intervención en el Congreso de Roma, antes mencionado: “La Organización Meteorológica mundial ha informado que el año 2014 ha sido el más cálido de que se tiene constancia. Los científicos especialistas han advertido que la “ventana de oportunidades” para una intensa acción sobre el clima se está cerrando rápidamente, si bien todavía podríamos estabilizar la situación y propiciar un desarrollo sostenible. De hecho, París, será el próximo mes de diciembre la última oportunidad para limitar en dos grados centígrados el ascenso de temperaturas en relación a la época preindustrial. La política se ha rezagado en relación a los procesos de transformación de la biosfera, con múltiples crisis –alimentación, agua, energía, pobreza, clima-. De hecho, hacemos frente a las crisis de nuestro actual modelo de desarrollo”. Por si fuera poco, si los horizontes ya no eran suficientemente sombríos y los apremiantes llamamientos para la acción fueron incapaces de superar la vorágine de lo inmediato, la inmensa confusión conceptual e impunidad que prevalece por ausencia de entidades de ámbito mundial, dotadas de la autoridad suficiente, hace más difícil todavía que, inmersa en el presente, la humanidad sea capaz contemplar serenamente el futuro y adoptar resueltamente las medidas necesarias para el cambio. A estas preocupantes perspectivas, se añade ahora otro aldabonazo que reclama mayor atención y capacidad reflexiva para la adopción de medidas antes de que se alcancen puntos de no retorno, poniendo de relieve la necesidad de, a partir de ahora, tener imperativamente en cuenta la ética del tiempo, la oportunidad. En efecto, el Profesor de Física Oceánica de la Universidad de Cambridge, Peter Wadhams, ha hecho público, a principios de año¹¹ que el calentamiento de la región polar avanza al doble de velocidad que en el resto del planeta. Y, sobre todo, que el deshielo retroalimenta el cambio climático, eleva el nivel de los mares y amenaza nuestra vida. “Es tiempo de actuar”, subtitula el mismo artículo. Lo que se consideraba

¹¹ http://elpais.com/elpais/2017/01/05/ciencia/1483641450_746829.html

como consecuencia pasa ahora a ser causa: al no reflejarse en el hielo, la luz solar penetra directamente en el mar y contribuye directamente al calentamiento del agua. Del millón de kilómetros cuadrados que antes ocupaba el hielo en el Ártico a los 100.000 que, aproximadamente, tiene ahora, significa que se ha reducido el efecto “albedo” -porcentaje de radiación solar que la superficie terrestre refleja devuelve a la atmósfera- de tal modo que la consecuencia del deshielo se convierte en causa de incremento adicional del calentamiento global, al incidir directamente la radiación sobre las aguas marinas. El nivel del mar puede llegar a subir un metro en este siglo, dice Wadhams, si no se adoptan desde ahora las medidas correctoras adecuadas.

No caben disculpas. Debemos superar el vendaval del presente para, con serenidad y firmeza afrontar el futuro, provocando una reunión extraordinaria y permanente de las Naciones Unidas, porque, vuelvo a repetir, podrían recorrerse caminos sin regreso. La Resolución aprobada por la Asamblea General del 25 de septiembre de 2015, titulada “*Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*”, insiste en que “la presente Agenda es un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad. Este plan será implementado por todos los países y partes interesadas mediante una alianza de colaboración. Estamos resueltos a liberar a la humanidad de la tiranía de la pobreza y las privaciones y a sanar y proteger nuestro planeta. Estamos decididos a tomar las medidas audaces y transformadoras que se necesitan urgentemente para reconducir al mundo por el sendero de la sostenibilidad y la resiliencia”¹². Y sigue: “Estamos resueltos a poner fin a la pobreza y al hambre en todo el mundo, de aquí a 2030, a combatir la desigualdades dentro de los países y entre ellos, a construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas, a proteger los derechos humanos y a promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, y a garantizar una protección duradera del planeta y sus recursos naturales”.

Al describir “nuestro mundo actual”, la Resolución es especialmente valiosa: “Nos hemos reunido en un momento en que el desarrollo sostenible enfrenta inmensos desafíos. Miles de millones de nuestros ciudadanos siguen viviendo en la pobreza y privados de una vida digna. Existen enormes disparidades en cuanto a las oportunidades, la riqueza y el poder. La desigualdad entre los géneros sigue siendo un reto fundamental. Es sumamente preocupante el desempleo, en particular entre los jóvenes. Los riesgos mundiales para la salud, el aumento de la frecuencia

¹² http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf

e intensidad de los desastres naturales, la escalada de los conflictos, el extremismo violento, el terrorismo y las consiguientes crisis humanitarias y desplazamientos forzados de la población amenazan con anular muchos de los avances logrados durante los últimos decenios. El agotamiento de los recursos naturales y los efectos negativos de la degradación del medio ambiente, incluidos la desertificación, la sequía, la degradación de las tierras, la escasez de agua dulce y la pérdida de la biodiversidad, aumentan y exacerbaban las dificultades a que se enfrenta la humanidad. El cambio climático es uno de los mayores retos de nuestra época y sus efectos adversos menoscaban la capacidad de todos los países para alcanzar un desarrollo sostenible. La subida de la temperatura global, la elevación del nivel del mar, la acidificación de los océanos y otros efectos del cambio climático están afectando gravemente a las zonas costeras y a los países ribereños de baja altitud, a los Estados insulares a la supervivencia de muchas sociedades y de los sistemas de sostén biológico del planeta”.

No cabe duda de que esta Resolución contiene, con la emergencia que es indispensable, las directrices que podrían rápidamente llevar a la humanidad a actuar en conjunto de manera eficaz. Una vez más, con el liderazgo actual, con un sistema que ha sustituido los valores éticos por los bursátiles, no parece –lo que es enormemente preocupante- que vaya a ponerse remedio a esta veloz aproximación al abismo. A este respecto, creo que es muy importante la iniciativa del *International Peace Bureau*, de Ginebra, de solicitar el 10% de las inversiones actuales en gastos militares y armamento para el desarrollo sostenible y humano a escala global¹³.

La Campaña, culminó el día 3 de octubre del año 2016, en un gran acto en Berlín y, de nuevo, fue totalmente acallada por los medios de comunicación, tan sesgados, tan al servicio de los “mercados”, de tal modo que una Resolución tan razonable no parece que pueda convertirse en realidad ya que el “gran dominio” (militar, financiero, energético, mediático) sigue sin encontrar la oposición firme y clara de “Nosotros, los pueblos” que, ahora que ya pueden expresarse, están todavía dispersos y en circunloquios aislacionistas en sus torres de marfil.

En la nueva era, es imprescindible, como vemos, una reconceptualización de la seguridad, del trabajo, de la oportunidad en la aplicación de soluciones.

¹³ “Disarmament for Development”, IPB, Berlin, Sept.-October, 2016. <http://demilitarize.org/get-involved/conference-2016/>

NUEVO CONCEPTO DE SEGURIDAD

Los grandes poderes actuales siguen pensando que la fuerza militar es la única expresión y referencia de “seguridad”. Grave error, costosísimo error que se ocupa exclusivamente de los aspectos bélicos y deja totalmente desasistidos otros múltiples aspectos de la seguridad “humana” que es, en cualquier caso, la que realmente interesa.

Observamos los arsenales colmados de cohetes, bombas, submarinos, aviones y barcos de guerra, y volvemos la vista hacia los miles de seres humanos que mueren de hambre cada día o hacia los que viven en condiciones de extrema pobreza sin acceso a los servicios de salud adecuados y contemplamos, consternados, el deterioro progresivo de las condiciones de habitabilidad de la Tierra, conscientes de que debemos actuar sin dilación.

Cuando nos apercibimos de la dramática diferencia entre los medios dedicados a potenciales enfrentamientos y los disponibles para hacer frente a recurrentes catástrofes naturales (incendios, inundaciones, terremotos, tsunamis) constatamos, con espanto, que el concepto de “seguridad” que siguen promoviendo los grandes productores de armamento es no sólo anacrónico sino altamente perjudicial para la humanidad y se precisa, sin demora, la adopción de un nuevo concepto de seguridad, bajo la vigilancia atenta y la implicación directa de las Naciones Unidas. Cuando seguimos las actuaciones admirables que llevan a cabo tanta gente y voluntarios para rescatar a algunas personas todavía vivas después de un terrible seísmo, sentimos el deber ineludible de alzar la voz, como ciudadanos del mundo, proclamando que no seguiremos tolerando los inmensos daños, con frecuencia mortales, que sufren por tantas otras modalidades de “inseguridad” quienes –una gran mayoría- no se hallan protegidos por los efectivos militares.

La seguridad alimentaria, el acceso a agua potable, los servicios de salud, rápida, coordinada y eficaz acción frente a las situaciones de emergencia: es esta y no otra la seguridad que, “Nosotros, los pueblos” anhelamos y merecemos.

GOBERNACIÓN DEMOCRÁTICA. LA EVOLUCIÓN PENDIENTE

Ninguna nación está exenta de responsabilidad: es inadmisibles que se “transfieran” al “mercado” deberes morales y responsabilidades que corresponden a los gobernantes democráticos. Disponer de unos códigos de conducta mundiales en el marco jurídico-ético de unas Naciones Unidas debidamente reformadas es, por cuanto antecede, una imperiosa exigencia.

En momentos de gran aceleración histórica, son más necesarios que nunca los asideros morales. Estamos –como en 1945- al inicio de una nueva era. Amartya Sen, Premio Nobel de Economía, ha dicho recientemente que: “El Estado, no el mercado, es responsable del bienestar de los ciudadanos, sobre todo de los países en vías de desarrollo”. Para evitar la revolución del hambre, es ineludible activar la evolución a un nuevo sistema económico planetario. La diferencia entre revolución y evolución es, debemos repetirlo, la “r” de responsabilidad.

No sólo los ciudadanos, sino los gobernantes son los que en un momento determinado pueden recibir una reprobación generalizada. Alimentar sentimientos a favor o en contra de cualquier país o cultura es otra forma de azucar el terror. Nadie ha elegido nacer en un lugar determinado y de tener un color de piel u otro, ser hombre o mujer. No es cómo ni dónde se nace mérito o demérito y, en consecuencia, nadie puede por esta razón vanagloriarse o ser menospreciado. No es cómo se nace sino cómo se hace, cómo se actúa, lo que importa. ¡Educación para todos a lo largo de toda la vida! Este sería el núcleo más relevante y trascendente del gran “Proyecto Tierra” que, conscientes todos los gobernantes de los momentos cruciales que vivimos, conscientes de la ética del tiempo, impulsarán un gran movimiento a escala global en favor de un futuro en el que pudiera asegurarse a todos sin excepción una vida digna.

Ahora, al contemplar la Tierra en su conjunto, nos damos cuenta de la grave irresponsabilidad que supuso transferir al mercado los deberes políticos que, guiados por ideales y principios éticos, podrían conducir a la gobernanza democrática. Al observar la degradación del medio ambiente – del aire, del mar, del suelo-; la uniformización progresiva de las culturas, cuando la diversidad es nuestra riqueza y estar unidos por unos valores universales es nuestra fuerza; la erosión de muchos aspectos relevantes del escenario democrático que con denodados esfuerzos se construyeron parece más inesperada e inadmisible la ausencia de la reacción de personas e instituciones, la resignación, la sumisión y el distraimiento de tantos. ¿Cómo es posible?

Por todo cuanto antecede, hace unos años procedimos a la redacción de una *Declaración Universal de la Democracia*¹⁴ en la que se abordan las principales dimensiones, empezando por la Ética del concepto “democracia”. A la democracia social y política se añade la democracia económica, cultural e internacional. En el undécimo artículo se indica que “Todos los aspectos y dimensiones de la democracia económica estarán subordinados a la justicia social”. Que nadie se engañe: éstos son los principios de la democracia que “deben guiar”, según

¹⁴ <https://declaraciondemocracia.wordpress.com/>

establece el preámbulo de la Constitución de la UNESCO, a la humanidad. La justicia, la libertad, la igualdad y la solidaridad, “intelectual y moral”. Una Declaración de esta naturaleza, con todas las mejoras que pudieran establecerse, es la que podría enderezar los torcidos rumbos actuales de la humanidad. Es necesaria una gran movilización, como ya he indicado, que debe ser liderada por los intelectuales, por las universidades e instituciones que pueden ser más sensibles, no sólo a la necesidad de un genuino sistema democrático, sino a la urgencia, al apremio con que en estos momentos debe procederse.

Ha llegado el momento del cambio y de la autoestima. Ha llegado el momento de alzar la voz con tanta serenidad como firmeza. Ha llegado el momento de la emancipación ciudadana, de los pueblos libres. Con la violencia no se nace, se hace. Se genera particularmente con los ejemplos cotidianos, que por desgracia menudean en el entorno existencial, así como por el aprendizaje de la historia, contado normalmente como un rosario interminable de conflictos y batallas. Nos hemos preparado para la guerra y hemos hecho, lógicamente, aquello para lo que estábamos preparados. Ahora está claro que queremos, en estos inicios de siglo y milenio, cambiar radicalmente de actitud y de pauta: “Si quieres la paz, contribuye a construirla con tu comportamiento cotidiano”. Si quieres la paz, “sé tú el cambio”, como proclamó tan sabiamente el Mahatma Ghandi.

En los años finales de la década de los cuarenta y a principios de los cincuenta, las palabras clave eran “compartir” y “cooperación internacional”. Com-partir, partir con los demás lo que se tiene, repartir adecuadamente, era la esencia de unos “principios democráticos” que debían observarse para que los tiempos del poder absoluto concluyeran.

Recuerdo las deliberaciones incesantes sobre la naturaleza del “desarrollo”: debía ser *integral*, es decir no limitarse a los aspectos económicos, sino incluir, muy en primer lugar, los sociales y culturales; debía ser *endógeno*; debía ser “*sostenible*”, según la acepción introducida por la Comisión que presidió Gro Harlem Brundtland; y, ya al fin de los ochenta, a instancias del Administrador Adjunto de UNICEF, Richard Jolly, debía ser, sobre todo, *humano*.

Ya lo he indicado antes: la alternativa es evolución, dominando la inercia paralizante, o la revolución. ¡Qué certero, qué preciso, fue José Monleón al titular su libro “aviso-alerta” de 2011: “*Siglo XXI: la evolución pendiente*”^{15,16} Porque hoy, seis años después, con el apremio añadido de

¹⁵ Monleón, José. “Siglo XXI: la evolución pendiente”. Editorial “Clave Intelectual”, 2011.

¹⁶<http://federicomayor.blogspot.com.es/search/label/Jos%C3%A9%20Monle%C3%B3n%3B%20Evoluci%C3%B3n%20pendiente%3B%20Evoluci%C3%B3n%3B%20Revoluci%C3%B3n>

que muchos procesos pueden ya alcanzar en poco tiempo puntos de no retorno, nos damos cuenta de que es imperativo poner en práctica sin demora la evolución pendiente. Es indispensable atrevernos, por fin, a enfrentar los retos de nuestro tiempo, en particular aquellos que nos conducirían a entregar a las generaciones venideras un legado conceptual y materialmente de peor calidad del que hemos recibido. Es preciso inventar el mañana. Para ello debemos liberarnos del miedo, como se establece en el preámbulo de la Declaración de los Derechos Humanos. Es acuciante atreverse a saber y saber atreverse.

Debemos atrevernos a pasar, todos, de la mano alzada a la mano tendida. Es de esperar que pronto –escribía José Monleón- no sean necesarios tsunamis ni grandes cataclismos para que sintamos interiormente la necesidad imperativa de actuar, de no permanecer ociosos, distraídos, de tal manera que logremos que el mundo ya no sea como es sino como debería ser. Vivimos –y morimos- en la zozobra de la sociedad saciada. Está llegando el tiempo de la amistad, del amor, del desprendimiento, de la permanente actitud de servicio, de la permanente militancia en favor de la igual dignidad humana, de la convivencia armoniosa.

Quieran o no quieran reconocerlo, estamos viviendo auténticos “saltos” históricos que podrán situarnos pronto en condiciones de realizar una evolución bien calculada, que conserve lo que debe ser conservado y modifique con diligencia lo que debe ser modificado. Actuar correctamente y a tiempo. Este es nuestro deber insoslayable. Hace años, Ernesto Sábato ya nos advertía de que “Hay una manera de contribuir al cambio: no resignarse”. Lo repitió hace unos años, con “*Indignaos*” e “*Implicaos*” Stephane Hessel, acompañado de José Luis Sampedro. Actuemos de tal modo que no merezcamos los versos que Otto René Castillo escribió en los años setenta en su inolvidable “*Informe de una injusticia*”: “Un día, / los intelectuales, / apolíticos / de mi país / serán interrogados / por el hombre / sencillo / de nuestro pueblo. / Se les preguntará / sobre lo que hicieron / cuando / la patria / se apagaba / lentamente / como una hoguera dulce, / pequeña y sola”. Ahora es el mundo el que se “apaga” vertiginosamente. Actuemos de tal forma que podamos decir en poco tiempo que fuimos capaces de llevar a cabo la evolución pendiente.

INFLEXIÓN HISTÓRICA DE LA FUERZA A LA PALABRA

Desde el origen de los tiempos, la fuerza. Desde el origen de los tiempos, “*Si vis pacem, para bellum*”. Ahora, por primera vez en la historia, convertidos los seres humanos en ciudadanos del

mundo, capaces de expresarse, de saber lo que acontece en todas partes, con la mujer incorporada, con sus facultades inherentes, a la toma de decisiones, ya es posible, por primera vez en la historia, transitar desde una cultura de imposición, dominio, violencia y guerra, a una cultura de encuentro, conversación, conciliación, alianza y paz. El día 13 de septiembre de 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptaba una *Declaración y Programa de Acción sobre una Cultura de Paz*¹⁷. Se refiere a una serie de medidas para promover una cultura de paz, por medio de la educación; para promover un desarrollo social y sostenible; para promover el respeto a todos los derechos humanos; para garantizar la igualdad entre mujeres y hombres; para promover la participación democrática; para promover la comprensión, la tolerancia y la solidaridad; para apoyar la comunicación participativa y la libre circulación de información y conocimientos; para promover la paz y la seguridad internacionales.

“Nos quedará la palabra”, decía Blas Infante. Sí, ahora es con la palabra, y no con la fuerza, como debemos intentar resolver la mayor parte de los conflictos. El 16 de diciembre de 2016, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobaba una Resolución¹⁸ que, reflejando el progreso alcanzado durante los últimos veinte años -hasta el punto de que en algunos países, Bolivia y Ecuador, ya figura en el texto constitucional-, considera conveniente, con un apoyo mayoritario, fomentar la transición de una cultura de fuerza a una cultura de paz. “Reconociendo –se dice al principio de la mencionada Resolución- la importancia de la Declaración y Programa de Acción sobre una Cultura de Paz, que constituye un mandato universal a la comunidad internacional para la promoción de una cultura de paz y no violencia que beneficie a la humanidad, particularmente a las generaciones venideras”. “Acogiendo con beneplácito las actividades de la comunidad internacional encaminadas a mejorar el entendimiento mediante el diálogo constructivo entre civilizaciones, acoge igualmente, con satisfacción, que se haya incluido la promoción de una cultura de paz en “*Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*”, invita a los Estados miembros a que sigan haciendo cada vez más hincapié en sus actividades de promoción de una cultura de paz en los planos nacional, regional e internacional, y a que las amplíen así como a que aseguren que se fomenten la paz y la no violencia a todos los niveles alienta a los medios de difusión, especialmente a los medios de difusión para las masas, a que participen en la promoción de una cultura de paz y no violencia, prestando especial atención

¹⁷ http://www3.unesco.org/iycp/kits/sp_res243.pdf

¹⁸ http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/71/L.47&referer=https://www.google.es/&Lang=S

a los niños y a los jóvenes promueve estrategias en el ámbito de la tecnología de la información y de las comunicaciones para aplicar la Declaración y el Programa de Acción, poniendo en marcha actividades de divulgación para *aumentar la conciencia mundial* respecto del Programa de Acción, con miras a su ejecución”.

De la fuerza a la palabra, de una cultura de guerra a una cultura de paz. Paz en uno mismo, paz en casa, paz en el pueblo, en la ciudad, paz en el mundo. Con un abrazo indeclinable, con proximidad constante, con proximidad oferente, a quienes más han sufrido, a quienes más han llorado.

Cultura de paz, deber de justicia y de solidaridad.

LAS COMUNIDADES ACADÉMICA, CIENTÍFICA, ARTÍSTICA Y LITERARIA EN LA VANGUARDIA DE LA MOVILIZACIÓN POPULAR.

La educación superior es fundamental para asegurar a los seres humanos la libertad y la responsabilidad en su conducta cotidiana, como catalizador principal, cumpliendo con su responsabilidad social¹⁹, para que sean, en breve plazo, “los pueblos”, los que tomen en sus manos las riendas del destino, para que actúen en virtud de sus propias reflexiones y, nunca más al dictado de nadie, para que se favorezca el rigor científico, porque es necesario el conocimiento profundo de la realidad. Si la realidad se conoce sólo epidérmicamente, nunca podrán realizarse transformaciones profundas. Con frecuencia, hoy se conocen, a través de las noticias, sólo aquellos sucesos más extraordinarios, no habituales razón por la cual son noticia. El conocimiento científico no sólo se basa en los aspectos que iluminan los focos de los medios de comunicación sino en “ver lo invisible”. Porque, como decía Bernard Lawn al recibir en 1985 el Premio Nobel de la Paz, “en la medida en que seamos capaces de ver los invisibles seremos capaces de hacer los imposibles”.

Con frecuencia los científicos han estado en una actitud excesivamente reactiva en lugar de, procediendo por su propia iniciativa, actuar en primera línea de la representación popular, ya que son muchos los temas de la gobernación local, regional e internacional que requieren profundos conocimientos que sólo los más avezados científicos pueden proporcionar.

Es lógico que no sean los parlamentarios quienes deban abordar y proponer soluciones de índole científica (por ejemplo, cuando se trata de transgénicos, enfermedades que pueden derivar en

¹⁹ Informe GUNI http://www.uoc.edu/portal/es/agenda/2017/agenda_157.html

pandemias, riesgos de los distintos tipos de fuentes energéticas, la recaptura del anhídrido carbónico) Nunca sometidos al poder pero, cuando deben abordarse temas de esta índole, cerca del poder para que se adopten las mejores soluciones para el bienestar personal, colectivo y el entorno ecológico.

Saberes, sabiduría, conocimiento progresivo del mundo en su conjunto. El progreso en el conocimiento de las características genéticas y de los contextos epigenéticos permiten explorar la diversidad humana hasta el límite de la unicidad. Cada ser humano único e irrepetible. Cada ser humano es capaz de inventar, de descubrir, de caminar a contraviente. Ciencia y conciencia para la gran inflexión histórica que se avecina: de la fuerza a la palabra.

ANTES DE QUE SEA DEMASIADO TARDE: ES TIEMPO DE ACCIÓN

Teniendo muy en cuenta los procesos potencialmente irreversibles, forma parte de nuestra responsabilidad común tener en cuenta “la ética del tiempo”. El actuar de tal modo que puedan evitarse recorridos sin rectificación. Tenemos que tener especialmente en cuenta a las generaciones venideras: nuestro legado no puede condenarles a una calidad de vida en la que no puedan ejercer plenamente las facultades distintivas de la especie humana. En el mes de noviembre del año 1997, la Conferencia General de la UNESCO adoptó la *Declaración sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futura*²⁰. Quiero resaltar uno de los párrafos del preámbulo de dicha Declaración: “Teniendo presente que el destino de las generaciones venideras depende de las decisiones y medidas que se tomen hoy y que los problemas actuales, comprendidos la pobreza, el subdesarrollo tecnológico y material, el desempleo, la exclusión, la discriminación y las amenazas al medio ambiente, deben resolverse en beneficio de las generaciones presentes y futuras”. En el articulado se destacan la libertad de elección, el mantenimiento y perpetuación de la humanidad, la preservación de la vida en la Tierra, la protección del medio ambiente, el genoma humano y la diversidad biológica, la diversidad cultural y el patrimonio cultural, la paz, la educación y el desarrollo, la no discriminación.

²⁰ Declaración sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras, UNESCO, 1997. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13178&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Miremos a los ojos de nuestros descendientes, de los niños y de los más menesterosos y procedamos, con gran firmeza, a actuar frente a quienes, en el huracán de las irresponsabilidades políticas y económicas actuales podrían conducir a la humanidad a una situación inadmisibile desde todos los puntos de vista. Es especialmente inaplazable, como ya se ha indicado, una gran acción educativa, a todos los niveles, para tomar conciencia de las responsabilidades actuales, para pasar de ser súbditos a ciudadanos plenos, y para anticiparse, ahora que la tecnología digital ya lo permite. Ante las graves amenazas a escala global, que si no se resuelven de manera muy rápida pueden llevar a situaciones sin remedio, en cuestiones donde la ética del tiempo es particularmente necesaria e imperativa, es indispensable, es imprescindible un gran movimiento a escala mundial en favor de la celebración de una Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas en la que se adoptarían las medidas apropiadas para no alcanzar puntos de no retorno, tanto en procesos medio ambientales como sociales. En la misma session, se elegiría una “hoja de ruta” para, en el menor tiempo posible, refundar un multilateralismo democrático, unas Naciones Unidas que hicieran realidad el principio de la Carta –“Nosotros, los pueblos...”- mediante una Asamblea General que constaría de un 50% de representantes de Estados y un 50% de representantes de instituciones de la sociedad civil, al tiempo que al Consejo de Seguridad actual se añadiría un Consejo Socioeconómico y un Consejo Medioambiental. No existiría veto, pero sí voto ponderado. En cuestiones especializadas, se tendría muy en cuenta el rigor científico. Se crearían dos Comisiones mundiales para el seguimiento concreto de la puesta en práctica de los Acuerdos COP sobre Cambio Climático y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nosotros, los pueblos, debemos alzar la voz urgidos por las exigencias de procesos potencialmente irreversibles. No podemos permanecer callados. Ni permanecer como espectadores indiferentes, acosados por el inmenso poder mediático de los “mercados” hasta lograr la “distracción masiva”, en palabras de Soledad Gallego²¹. “Todo lo que construyáis sin nosotros será derribado”, cantó Leonard Cohen.

Es inaplazable pues, una gran movilización a escala mundial para que sean los pueblos quienes tomen en sus manos la brújula de destino común. La palabra es nuestra única “arma de construcción masiva”. Todos unidos y elevando nuestras voces o complicidad y delito de silencio.

²¹ Mayor, F. Blog: “Ni un día más de silencio” (31/03/17). <http://federicomayor.blogspot.com.es/2017/>

La voz
que pudo ser remedio
y, por miedo
no fue nada”.
Delito de silencio²².

En el mes de agosto de 1991 dediqué a Mikahil Gorbachev, “Que tuvo el coraje y la visión”, un poema del que extraigo estos versos:

Cuando hacía falta espuela,
y riesgo,
y desprendimiento,
por los caminos del mundo,
faltaron quienes oyeran
las voces de los vigías
y las señales del viento.
Y, como siempre,
sobraron los de la extrema cautela,
por los caminos del mundo
cuando hacía falta espuela”.
¡Es tiempo de alzarse!

BIBLIOGRAFÍA

1. Mayor F. Ética del tiempo ante los retos [artículo en Internet]. Fundación e Cultura de Paz. Disponible en: <http://www.fund-culturadepaz.org/spa/03/2017/ART-Eticadeltiempo.pdf>. Acceso el 14 de diciembre de 2020.
2. Mayor, F. “Memoria del futuro”. París: Ediciones UNESCO, 1995. <http://federicomayor.blogspot.com.es/search/label/Memoria%20del%20futuro>.
3. Mayor, F. Blog del 31.11.15: “Memoria para saber lo que acontece. Memoria para inventar el porvenir”.
4. Mayor, F. “Mañana siempre es tarde”. Madrid: Espasa Calpe, 1987; Barcelona: Círculo de Lectores, 1988. Blog del 05/03/12: <http://federicomayor.blogspot.com.es/search/label/Ma%C3%B1ana%20puede%20ser%20tarde>.
5. “La Carta de la Tierra” (2000). <http://cartadelatierra.org/descubra/la-carta-de-la-tierra/>

²² Mayor, F. “Delito de Silencio”. Editorial Comanegra, 2011.

6. <https://llamamientourgenteblog.wordpress.com/>
7. <https://declaracionconjunta.wordpress.com/>
8. http://www.fund-culturadepaz.org/doc/Declaracion-Barcelona_PN2015.pdf
9. <https://desarmeparaeldesarrollo.wordpress.com/>
10. <https://declaracionconjunta.wordpress.com/>
11. http://elpais.com/elpais/2017/01/05/ciencia/1483641450_746829.html
12. http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf
13. “Disarmament for Development”, IPB, Berlin, Sept.-October, 2016. <http://demilitarize.org/get-involved/conference-2016/>
14. <https://declaraciondemocracia.wordpress.com/>

ACCESO Y ATENCIÓN EN UCI

JUAN JOSÉ RUBIO MUÑOZ²³

INTRODUCCIÓN

A primeros de diciembre de 2019 se describe en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China) una neumonía de origen desconocido. El patógeno se identificó como un betacoronavirus y el cuadro clínico fue denominado *Síndrome respiratorio agudo por coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2)*. Por consenso internacional la infección causada se denominó COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*). A lo largo de las siguientes semanas la enfermedad se extendió por todo el mundo, por lo que el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró oficialmente la situación de pandemia.

Desde las primeras semanas de pandemia se publicó una enorme cantidad de información con la intención de dar a conocer a la comunidad científica y a la población en general los hallazgos y las características de una enfermedad desconocida cuyo comportamiento y tratamiento se fueron aprendiendo día a día. Se puso de manifiesto la capacidad de generar información de forma masiva y casi en tiempo real. Pero, por otro lado, los datos publicados y con ello el comportamiento de la enfermedad fueron cambiando con el tiempo.

Aunque en principio se consideró que la COVID-19 tendría una gravedad similar a la de la gripe, los hechos fueron bien distintos. Su incidencia, gravedad y mortalidad fueron difíciles de cuantificar y cambiantes a medida que se conocían más datos. Así por ejemplo, en la revista JAMA en abril se publicaba que la mortalidad global era de 4,7% pero con una amplia variabilidad local

²³ [Referencia Bibliográfica] Rubio Muñoz JJ. Acceso y atención en UCI. En: Libro de Ponencias de los VI Encuentros en Bioética Puerta de Hierro. Majadahonda 15 y 17 de diciembre de 2020. Majadahonda: Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria; 2020:43-62.

desde el 0,7% en Alemania hasta 10,8% en Italia. Sin embargo para hacer una estimación real de estos datos era necesario conocer con mayor precisión la población afectada (el denominador de la ecuación), algo que fue difícil cuantificar (1).

En un metaanálisis publicado en mayo con datos procedentes de cinco registros nacionales (China, Italia, España, Inglaterra y New York) se analizaron un total de 611.1583 sujetos de los que 141.745 (23,2%) tenían ≥ 80 años. La tasa de mortalidad global fue del 12,1% y varió ampliamente entre países, siendo la más baja en China (3,1%) y la más alta en el Reino Unido (20,8%) y el estado de Nueva York (20,99%). La mortalidad fue $< 1,1\%$ en pacientes < 50 años y aumentó exponencialmente a partir de esa edad en los 5 registros nacionales. Como era de esperar, la tasa de mortalidad más alta se observó en pacientes ≥ 80 años, cuyo riesgo fue 6 veces superior al resto (2).

Con respecto al paciente crítico que requiere ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos, a pesar de la numerosa experiencia publicada, el curso clínico, la utilidad de las medidas terapéuticas aplicadas o su evolución a largo plazo no son todavía bien conocidos. Debido a las diferencias en los diseños de los estudios, la población analizada, o el área geográfica hay diferencias importantes entre datos, como la tasa de ingreso en UCI o la mortalidad. Una revisión sistemática, con datos de agosto de 2020, incluyendo aproximadamente 69.000 pacientes de UCI, puso de manifiesto que la COVID-19, en pacientes críticos, se asociaba a la necesidad de medidas de soporte vital complejas (ventilación mecánica invasiva, técnicas de reemplazo renal, ECMO etc.), con una estancia prolongada en UCI (9 días de media) y una mortalidad del 59% entre los que necesitaban soporte ventilatorio (3).

Con datos aún no publicados de la experiencia en las UCI de la Comunidad de Madrid, la mortalidad durante la primera ola de pandemia superó el 40%. En definitiva la nueva enfermedad COVID-19 tiene un cuadro clínico complejo, de incidencia variable según la distribución geográfica pero en todo caso mayor que la gripe con la que se comparó en un principio. Con una necesidad de UCI en un porcentaje alto de casos y una elevada mortalidad entre los enfermos más graves.

LA COVID-19 EN ESPAÑA

Los primeros casos de la nueva enfermedad se diagnosticaron en España a finales de febrero de 2020, pocos días antes de la declaración de pandemia por la OMS. Desde entonces una expansión exponencial del virus terminó provocando el colapso de la asistencia sanitaria en nuestro país, convirtiéndole en uno de los más afectados en el mundo. A finales de marzo y principios de abril los hospitales más afectados trataron casi exclusivamente pacientes con COVID-19, muchos de ellos críticos, lo que condicionó una importante escasez de camas de UCI. Durante el pico de la pandemia, la Comunidad de Madrid, una de las más afectadas, llegó a tener de forma simultánea más de 1.500 pacientes críticos, cuando en condiciones normales el número de camas de UCI de la sanidad pública de esta Comunidad no llega a 700 (4).

Para hacer frente a esta enorme demanda sanitaria de cuidados críticos fue necesario contar con la sanidad privada así como utilizar camas de unidades coronarias, de anestesia, habilitar quirófanos y otras zonas del hospital y crear nuevas áreas para pacientes críticos dotándolas de las condiciones mínimas necesarias. El incremento de camas para atender a enfermos críticos en los hospitales fue del 300% representando un reto logístico y asistencial sin precedentes en la Medicina Intensiva (5).

Se necesitó la colaboración de cardiólogos, anestesistas, intensivistas pediátricos, internistas, cirujanos de diferentes especialidades, así como, contratar enfermeras sin experiencia en intensivos a las que se les daba formación sobre el terreno. Esta presión asistencial obligó a suspender por completo la actividad medico-quirúrgica habitual incluso, en los peores momentos, la cirugía oncológica y los trasplantes.

Las sociedades científicas SEMICYUC²⁴ y SEEIUC²⁵ conscientes de la dificultad de mantener los estándares de calidad habituales en la situación de pandemia, elaboraron un plan de contingencia para dar respuesta a la problemática asistencial en cuanto a la reorganización estructural, recursos humanos y materiales. Este plan incluía los siguientes objetivos: 1) aportar un documento técnico de apoyo; 2) procurar la asistencia óptima de los pacientes en estado grave; 3) limitar la propagación nosocomial; 4) optimizar los recursos humanos y 5) asignar racional, ética y

²⁴ SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

²⁵ SEEIUC: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.

organizativamente unos recursos limitados para hacer el mayor bien al mayor número de personas (6).

LA PANDEMIA EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

La atención a esta enfermedad empezó, tanto en el hospital como en la UCI, con cierto retraso con respecto a hospitales del centro de la ciudad, sin embargo su evolución igualmente exponencial supuso el colapso de la actividad normal del centro y una sobrecarga extrema.

En la UCI del hospital, dotada de forma habitual de 16 camas funcionantes, ingresó el primer enfermo COVID-19 el 7 de marzo. Una semana después había 11 pacientes y a los 15 días estaban ocupadas 52 camas de críticos, las 42 habituales con las que contaba el hospital entre UCI, Unidad Coronaria y Anestesia y 10 más, bien equipadas, que habían permanecido cerradas durante años por falta de recursos humanos (RR.HH.) y que se habilitaron en ese momento. Fue necesario desplazar los enfermos no COVID a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA). Aún así, el número de camas para COVID-19 fue insuficiente por lo que se transformaron algunos quirófanos en camas de UCI y, en tiempo record, en una zona del hospital destinada a archivo, se construyó un auténtico mini-hospital de casi 100 camas con 12 de ellas preparadas para “enfermos de alta complejidad” y que fueron destinadas a Cuidados Intensivos. Al mes del primer ingreso, había simultáneamente 64 enfermos críticos y al finalizar la primera ola se habían atendido 146 pacientes.

El hospital no disponía de dotación suficiente para las 64 camas, especialmente respiradores con los requisitos mínimos para atender a pacientes respiratorios complejos. Se utilizaron máquinas de anestesia y respiradores de transporte, no adecuados para el paciente respiratorio grave, mientras se agilizaba la compra de nuevos respiradores, en un mercado completamente colapsado. Se fabricaron, de forma artesanal, circuitos de oxigenoterapia y CPAP²⁶ para tratar a pacientes graves en planta mientras se esperaba a disponer de una cama de UCI para ellos.

En cuanto a RR.HH. la plantilla de Medicina Intensiva de 10 facultativos se reforzó modificando el contrato de guardias a contrato eventual de 4 intensivistas para reforzar la plantilla durante la jornada normal y se contrataron 2 facultativos más para reforzar las guardias. El plan de

²⁶ CPAP: *Continuous positive airway pressure* (Presión positiva continua en la vía respiratoria).

contingencia de la SEMICYUC estableció, como recomendaciones, contar con un intensivista por cada tres camas en jornada ordinaria y dos por cada 12 camas en jornada de guardia. Eso significaría contar con 21 y 10 intensivistas respectivamente. Ello no fue posible siendo necesario contar con la colaboración de cardiólogos, cirujanos y anestesiólogos.

Se hizo un enorme esfuerzo en contratar enfermeros (as) pero sin posibilidad de que tuviesen perfil de intensivos, salvando esta dificultad dando docencia sobre la marcha. El comportamiento de estos profesionales supliendo la falta de experiencia en intensivos por entusiasmo y entrega, a costa de sufrir estrés y agotamiento, fue digno de admiración. En los momentos de mayor sobrecarga escasearon en el hospital y también en la Comunidad de Madrid fármacos básicos como los analgésicos y sedantes, los relajantes musculares etc.

De acuerdo con el plan de contingencia de la SEMICYUC muchos de los hospitales de esta Comunidad llegaron al escenario 3 de colapso. En nuestro caso la apertura inmediata de 10 camas y la preparación en un tiempo récord de 12 camas más nos permitió trabajar en mejores condiciones que otros centros, llegando al colapso algo más tarde, y pudiendo aceptar traslados de pacientes de las UCI colapsadas de otros hospitales, en los primeros momentos de la pandemia. Desde los primeros días de marzo las UCI de la Comunidad de Madrid organizaron de forma absolutamente espontánea un grupo de trabajo que se comunicó a través de WhatsApp. De esta forma, se pudo conocer en tiempo real la evolución de la pandemia y las necesidades de apoyo de las UCI colapsadas. Se organizaron traslados de pacientes graves en ventilación mecánica de unas UCI a otras con la colaboración del SUMMA112. Con este procedimiento nuestro servicio aceptó 30 pacientes durante las primeras semanas hasta la saturación de nuestras camas.

ACCESO Y ATENCIÓN EN UCI

La COVID-19 está representando una crisis global a la que hay que dar una respuesta adecuada. La forma correcta de hacerlo debe ser una actuación gradual a medida que aumentan las necesidades, para garantizar la atención a todos los pacientes desde el punto de vista médico y cumplir, además, con los requisitos que la ética médica exige. El plan de contingencia de las sociedades científicas SEMICYUC y SEEIUC, antes mencionado, recomendó que la respuesta asistencial a la crisis epidémica de la COVID-19 debía adecuar el nivel asistencial y la disposición

de profesionales a la complejidad de la situación y garantizar el cuidado y tratamiento de los pacientes.

Para valorar las necesidades y los medios a aplicar se empleó un programa (FluSurge 2.0) desarrollado por los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) que resultó útil en la gestión de una pandemia de influenza. Al tratarse de una enfermedad diferente fue utilizado con cautela, pero sirvió para plantear varios escenarios y planificar las necesidades en cada uno de ellos y también para recomendar un enfoque ético escalonado de las responsabilidades en cada fase (7). Los escenarios planteados fueron:

Fase 0 de preparación

- a) Actividad asistencial normal.
- b) Elaboración de protocolos y plan de contingencia.
- c) Estudio de disponibilidad de camas.
- d) Previsión de equipamiento.
- e) Formación del personal.

Fase 1 de inicio de pandemia

- a) Cancelación de cirugía electiva.
- b) Acondicionamiento de espacios adicionales como camas de UCI.
- c) Completar plantillas. Liberación de actividad extra UCI.
- d) Equipos de trabajo sectorizados.

Fase 2 de saturación de la UCI

- a) Suspensión de toda actividad electiva.
- b) Organización de turnos. Cancelación de vacaciones y permisos.
- c) Sectorización de los pacientes con COVID-19.
- d) Criterios de ingreso estrictos.

Fase 3 de colapso de la UCI y el hospital

- a) Priorizar la atención de los pacientes con mayor probabilidad de recuperación.
- b) Razón enfermería/pacientes en función de la disponibilidad.
- c) Priorizar el beneficio general al particular.
- d) Apoyo psicológico a los profesionales.

Fase 4 control de la crisis epidémica

- a) Reorganización de la actividad.
- b) Seguimiento continuo de casos, contactos y profesionales.
- c) Documento de análisis de la gestión global de la crisis.
- d) Agradecer a todo el personal el esfuerzo realizado.

1. Consideraciones durante la fase 0

En ella, el funcionamiento de los cuidados críticos es normal debido a que aún no hay una situación de emergencia de salud pública. La UCI tiene camas y su presión asistencial es la habitual. Las decisiones médicas se llevan a cabo sin prisa, ni precipitación, valorando ventajas e inconvenientes de cada decisión tanto con enfermos como con familiares.

2. Consideraciones durante la Fase 1

En esta se debe preparar el hospital disminuyendo la cirugía electiva y así poder disponer de mayor capacidad de camas de UCI para enfermos médicos. Llegado el caso se podrían convertir quirófanos en camas de críticos, si fuera necesario, y solicitar el apoyo de anestesistas y otros profesionales cuando el número de intensivistas no fuese apropiado.

Es una situación en la que hay medios para atender a los enfermos con COVID-19 del hospital que requieren cuidados intensivos. Se debe evitar suspender demasiado pronto la atención de enfermos no infectados ya que esto generaría un aumento de complicaciones e incluso de mortalidad y en definitiva una falta de distribución justa de los recursos (justicia distributiva). Sería evitar el fenómeno del “Puente levadizo” (en un conflicto bélico este se levanta demasiado pronto, antes de que llegue el enemigo).

Las decisiones médicas se deben mantener de acuerdo con el paciente y sus familiares, pero informándoles de la necesidad de modificar y a veces restringir recursos que se desplazan a zonas más necesitadas.

3. Consideraciones durante la Fase 2

La presión asistencial obliga a suspender toda la actividad electiva y centrar la atención médica en los enfermos con COVID-19.

El número de profesionales es insuficiente para una atención apropiada por lo que se hace necesario suspender vacaciones, hacer turnos y solicitar la ayuda de otras especialidades.

En esta fase aún hay recursos disponibles pero para mantenerlos hay que tomar decisiones éticas difíciles. “Todos importan y todos importan por igual pero esto no significa que todos puedan ser tratados por igual”.

Se hace necesario un criterio de racionamiento y aplicar el argumento de tratar a quien obtendrá el máximo beneficio frente al argumento de “el primero en llegar es el primero en recibir asistencia”. Prima el principio de justicia, ofreciendo tratamiento a los que realmente puedan obtener un beneficio de ello y evitando el daño (maleficencia) de desperdiciar recursos en aquellos que no se van a beneficiar. Evidentemente esta conducta es justificable cuando se han empleado ya todos los esfuerzos en la adquisición, planificación y asignación de recursos por parte de las autoridades sanitarias (8).

En el caso concreto de la COVID-19, el cuadro clínico que ha precisado el ingreso en UCI ha sido prácticamente siempre el SDRA²⁷. Según el documento de recomendaciones éticas de la SEMICYUC (9) el distrés respiratorio es una situación clínica de gravedad, con elevada mortalidad y con posibles secuelas para los pacientes que la padecen, lo que implica que solo algunos se van a beneficiar de los recursos especializados (Anexo I).

Se debe considerar la “mayor esperanza de vida”, y unos criterios de ingreso claros, basados en un principio de proporcionalidad y de justicia distributiva, para maximizar el beneficio del mayor número posible de personas. Para ello se pueden usar escalas de gravedad y pronóstico seleccionadas y consensuadas mediante un equipo multidisciplinar de especialistas. Pero la decisión ética de a quien tratar se debe hacer de forma individualizada y nunca mediante el uso de sistemas de puntuación o paneles de decisión de dudosa utilidad en una enfermedad emergente cuyo comportamiento aún no es bien conocido. La pandemia puede crear, en las fases avanzadas, un desequilibrio entre las necesidades de ventilación mecánica y los recursos disponibles. Esta se debe aplicar a aquellos pacientes en los que será útil, es decir, es razonable y adecuado dirigir los mayores esfuerzos terapéuticos a los pacientes que se considere que tienen mayor posibilidad de supervivencia y conseguida ésta en menor plazo de tiempo posible.

Todas estas decisiones sacuden las convicciones éticas de los profesionales, algunos en desacuerdo con las escalas de predicción de mortalidad y con los árboles de decisión, ya que suponen una contradicción con la práctica recomendada de dar prioridad al contacto directo con

²⁷ SDRA: Síndrome de distrés respiratorio del adulto.

el paciente. Pero al margen de la importancia de la valoración individualizada, podría ser útil para el profesional en situación de presión asistencial y falta de recursos utilizar criterios generales de priorización de pacientes como los recomendados en la Figura 1 (10)

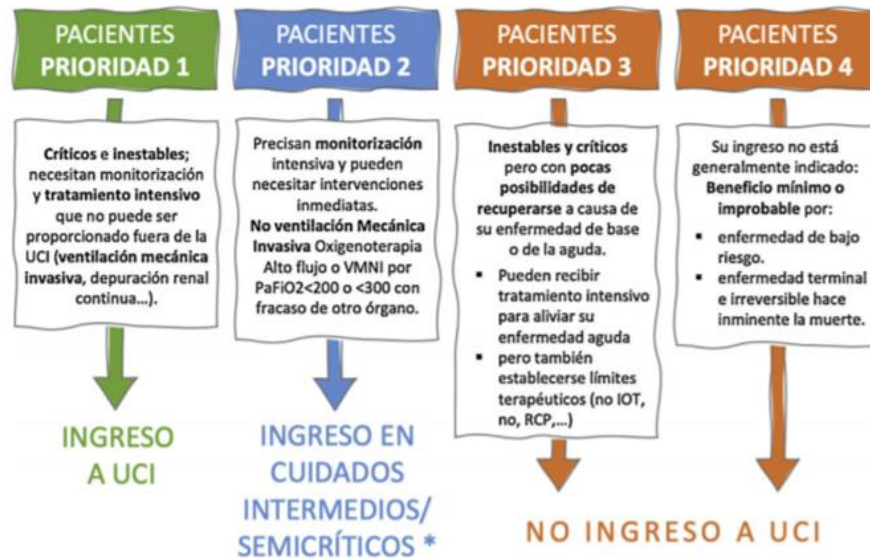


Figura 1 Modelo de 4 categorías de priorización y propuesta de ubicación según las características del paciente y a situación de pandemia en el momento de publicación de artículo (marzo de 2020) Tomado de referencia 10.

4. Consideraciones durante la Fase 3

Se llega al colapso del hospital y de la UCI. Los recursos se agotan y los profesionales están sobrepasados. La demanda de atención supera a los medios disponibles, “no se puede atender a todos por igual”.

Es una situación de emergencia que debe manejarse como las situaciones de “medicina de catástrofe”, aplicando una atención de crisis excepcional basada en la justicia distributiva y en la asignación adecuada de los recursos sanitarios insuficientes.

Los cuidados aplicados serán los mejores disponibles lo que no quiere decir que cumplan con los estándares recomendados.

La relación enfermería/paciente no siempre se puede mantener. No todos los profesionales sanitarios que atienden a pacientes críticos son especialistas o tienen experiencia en ello.

Es el momento de buscar recursos en otros lugares y solicitar el traslado de pacientes a zonas menos saturadas, buscando una vez más el principio de justicia y beneficencia. Evidentemente esta decisión debe hacerse balanceando el riesgo/beneficio de un traslado de un paciente grave.

Aquí, además, se debe atender al principio de autonomía y aceptar la decisión del paciente o su familia de trasladarse o no.

Es el momento de que un líder ponga el foco en priorizar el cuidado hacia aquellos que van a obtener el máximo beneficio. En los momentos de mayor presión asistencial con poco tiempo para discutir sobre los criterios de ingreso esta figura o la de una comisión de dos o tres experimentados intensivistas puede responsabilizarse de estas decisiones (11)

La pandemia de la COVID-19 ha sometido a todos los profesionales sanitarios a una situación de máximo estrés y saturación de trabajo. En esta situación excepcional los intensivistas se han visto obligados a tomar decisiones complejas destinadas a salvar el mayor número posible de vidas (12):

- a) Priorizar las escasas camas de UCI para pacientes con mejor pronóstico.
- b) Aumentar a toda costa el número de camas de UCI creando así unidades de menor complejidad y menos dotadas y con atención por debajo de los estándares de calidad.
- c) Organizar traslados a UCI menos saturadas, asumiendo el riesgo de traslado de pacientes graves.
- d) Acelerar las decisiones sobre limitación del tratamiento de soporte vital.
- e) Prohibir las visitas de familiares a costa de reducir la humanización de la UCI, incluso viviendo el drama de ver morir a un paciente sin la presencia de sus seres queridos.
- f) Asumir el mayor riesgo al que se someten pacientes que no pueden ser ingresados en UCI por falta de camas sea cual sea el planteamiento adoptado, ingreso retrasado, transferencia a otro centro, ingreso en UCI menos especializada.

5. *Consideraciones durante la Fase 4*

En el momento de escribir estas líneas, diciembre de 2020, estamos asistiendo a la segunda ola de la pandemia, sin apenas tiempo para analizar los hechos ocurridos en la primavera. Se reorganizó temporalmente la actividad normal de la UCI pero sería necesario plasmar en un documento el análisis de la gestión global de la crisis.

LA SEGUNDA OLA

El 20 de mayo de 2020 ingresaba en la UCI de nuestro hospital el último paciente infectado por coronavirus. En opinión de los expertos debíamos prepararnos para una posible segunda ola que llegaría en invierno. Sin embargo, rompiendo todas las predicciones la COVID-19, apareció ese

mismo verano a finales de julio en la Comunidad de Madrid y el 6 de agosto ingresaba en nuestra UCI el primer paciente de la segunda ola.

Han pasado cuatro meses y hasta el momento de escribir estas páginas han ingresado 72 enfermos, la mitad que en la primera ola y en el doble de tiempo. Los pacientes con COVID-19 han sido atendidos en mejores condiciones por varias razones. En primer lugar, porque los ingresos han sido menores tanto en número como cadencia. En segundo lugar, porque hemos aprendido el manejo de la enfermedad reduciendo el tratamiento farmacológico solamente a aquel que ha demostrado utilidad y evitando muchos fármacos que solo aportaron efectos secundarios. En tercer lugar, el llamado “plan de elasticidad”, consistente en aumentar el número de camas de UCI a medida que se hacían necesarias, nos ha permitido pasar de las 16 iniciales a las 27 actuales. Con ello el ingreso de cualquier paciente se ha podido hacer de forma precoz, cuando su situación no era de extrema gravedad y, con ello, conseguir una mejor evolución. La mortalidad global en nuestra Comunidad ha pasado del 44% de la primera ola al 26% en estos momentos (datos personales). Nuestro Servicio de Medicina Intensiva tuvo en la primera ola una mortalidad del 20% y, al igual que en el resto de la Comunidad, esta se ha reducido, hasta ahora, a un 10% en la segunda ola (datos personales). El hecho de que la pandemia llegase al Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda con cierto retraso, con respecto a los hospitales del centro de Madrid, junto con la estructura del hospital con facilidad para incrementar camas hizo que la fase 3 de pandemia tardase en llegar. Estos hechos podrían explicar, al menos en parte, los resultados obtenidos si bien estos resultados requerirán una valoración detallada.

Además, en el momento actual, se ha podido cumplir la recomendación de procurar mantener la actividad no COVID-19 y evitar así uno de los daños colaterales de esta pandemia, es decir, desatender al resto de nuestros pacientes.

COMENTARIOS ADICIONALES

Me ha parecido conveniente hacer algunas reflexiones finales sobre aspectos éticos controvertidos que han generado opiniones diversas en cuanto a la actuación de los profesionales sanitarios a lo largo de la pandemia.

1. El triaje

En la situación de crisis provocada por la pandemia las autoridades sanitarias y los profesionales se han visto obligados a planificar la distribución de recursos y aplicar una justicia distributiva y unos criterios de proporcionalidad.

La existencia de un desequilibrio entre las necesidades clínicas y la disponibilidad efectiva de recursos ha obligado a realizar un sistema de triaje que maximizase el bien global. No existe un único modelo de triaje y cualquiera de los aplicados es probable que no reúnan las condiciones ideales, pero se debe tener en cuenta que el triaje debe ser una herramienta que ayude y oriente a la toma de decisiones pero que, en ningún caso, sustituya la valoración clínica individualizada de cada caso.

2. La edad

Esta no debe tomarse en cuenta como criterio único que discrimine el ingreso en la UCI. Se debe valorar junto con la presencia de comorbilidad, gravedad del proceso o predicción de supervivencia entre otros. Por otra parte la experiencia ha demostrado que el SDRA asociado a la COVID-19 tiene una elevada mortalidad que se incrementa con la edad y por tanto esta tiene un gran peso en las escalas pronósticas. Debe tenerse en cuenta que ingresar en la UCI no siempre es sinónimo de supervivencia y una indicación poco valorada puede conducir a la obstinación terapéutica.

3. Las decisiones del intensivista

El intensivista en su práctica habitual está acostumbrado a tomar decisiones complejas sobre el ingreso o no en UCI o la LTSV²⁸. Dichas decisiones, nunca cuestionadas, han sido objeto de “mirada con lupa” en esta pandemia. No se debe olvidar que los principios de justicia distributiva, beneficencia, no maleficencia, autonomía, proporcionalidad, transparencia etc. guían la práctica diaria de estos especialistas.

4. La atención a los familiares

La alta contagiosidad y letalidad de esta infección ha hecho que se adoptasen medidas muy estrictas para prevenir la transmisión de este virus, entre otras la de suspender las visitas de familiares a enfermos hospitalizados e incluso restringirlas en los peores momentos como ante el fallecimiento de un paciente. Los profesionales sanitarios han hecho el esfuerzo de paliar esta

²⁸ LTSV: Limitación de tratamiento de soporte vital.

carencia afectiva pero sería oportuno buscar fórmulas que permitan el acompañamiento familiar al menos en los momentos finales de la vida (13)

BIBLIOGRAFÍA

1. Saad B. Omer. The COVID-19 Pandemic in the US A Clinical Update. Viewpoint. JAMA 2020;323(18):1767-8. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764366> (último acceso diciembre 2020)
2. Clara Bonanad, Sergio García-Blas, Francisco Tarazona-Santabalbina et al. The Effect of Age on Mortality in Patients With COVID-19: A Meta-Analysys With 711,583 Subjects. JAMDA. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.045> (último acceso diciembre 2020)
3. Rodrigo B. Serafim, Pedro Póvoa, Vicente Souza-Dantas, André C. Kalil, Jorge I.F. Salluh. Clinical course and outcomes of critically ill patients with COVID-19 infection: a systematic review. Clinical Microbiology and Infection. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.10.017> (último acceso diciembre 2020)
4. Alcántara Carmona S, Pérez Redondo M, Coll E, Domínguez-Gil B, Rubio Muñoz JJ. Scaling up donation and transplantation programs in the COVID-19 era: the Spanish experience in brief. Transplant Journal of Australasia 2020;29(2):5-8. DOI <https://doi.org/10.33235/tja.29.2.5-8>
5. Ferrer R. Pandemia por COVID-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. Editorial. Med Intensiva 2020;44(6):323-324. DOI: 10.1016/j.medin.2020.04.002 (último acceso diciembre 2020)
6. Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Castellanos Ortega A, Catalán González M et al. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. https://www.semicyuc.org/covid19_files/Plan_de_Contingencia_COVID-19.pdf (último acceso diciembre 2020)
7. Dan Harvey , Dale Gardiner, Andrew McGee , Thearina DeBeer and David Shaw. CRITCON-Pandemic levels: A stepwise ethical approach to clinician responsibility. Journal of the Intensive Care Society. DOI: 10.1177/1751143720950542 journals.sagepub.com/home/jics (último acceso diciembre 2020)
8. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Aspectos_Eticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf (último acceso diciembre 2020)
9. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. (SEMICYUC). Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf. (último acceso diciembre 2020)
10. O. Rubio,, A. Estella, L. Cabre, I. Saralegui-Reta, M.C. Martin, L. Zapata, M. Esquerda, R. Ferrer, A. Castellanos, J. Trenado y J. Amblas. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. Med Intensiva 2020;44(7):439-445.
11. Jean-Louis Vincent and Jacques Creteur. Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care, 2020, Vol. 9(3) 248–252. DOI: 10.1177/2048872620922788 (último acceso diciembre 2020)
12. René Robert, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Boyer et al. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. Ann. Intensive Care (2020) 10:84. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00702-7>
13. Declaración del Comité de Bioética de España 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.

ANEXO I: RECOMENDACIONES ÉTICAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA SITUACIÓN EXCEPCIONAL DE CRISIS POR PANDEMIA COVID-19 EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. (SEMICYUC)

Autores:

Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC.

Coordinadora:

Olga Rubio Sanchíz

Listado:

Ángel Estella García

María Cruz Martín Delgado Iñaki Saralegui Reta

Lluís Cabré Pericas Lluís Zapata Fenor

Jordi Amblàs,

Cátedra Cuidados Paliativos UVic

JUSTIFICACIÓN ÉTICA EN LA TOMA DE DECISIONES, ANTE LA SITUACIÓN DE CRISIS SANITARIA EXCEPCIONAL, DEBIDA A LA PANDEMIA COVID-19

En una situación de pandemia prevalece el deber de planificar, el principio de justicia distributiva y la maximización del beneficio global. Se debe tener consciencia de la justa asignación de la distribución de recursos sanitarios limitados.

La infección por coronavirus, causante de COVID-19, produce cuadros clínicos de diferente gravedad, evolucionando en los casos más graves a cuadros de insuficiencia respiratoria aguda con distrés respiratorio que precisan del ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) y de ventilación mecánica.

El distrés respiratorio es una situación clínica de gravedad, con elevada mortalidad y con posibles secuelas para los pacientes que la padecen, lo que implica que solo algunos pacientes se van a beneficiar de los recursos especializados. Y es en estos pacientes en los que será útil, y se debe indicar, la ventilación mecánica.

Por otro lado, la situación pandémica puede conllevar un desequilibrio entre las necesidades de ventilación mecánica y los recursos disponibles en la fase más avanzada. Es imprescindible establecer un triaje al ingreso, basado en privilegiar la “mayor esperanza de vida”, y unos criterios de ingreso claros y de descarga de la UCI, basados en un principio de proporcionalidad y de justicia distributiva, para maximizar el beneficio del mayor número posible de personas.

Esta situación excepcional, en la que podemos vernos obligados a aplicar sistemas de triaje en situaciones de emergencia, obliga a que la asignación de recursos deba tener en cuenta priorizar el máximo beneficio de todos los pacientes frente a su orden de llegada. Ello puede ocasionar distrés moral y cuidados percibidos como inapropiados en los profesionales que se vean implicados en estas decisiones.

En la asignación de recursos durante la toma de decisiones, se deben aplicar criterios de idoneidad y tener en cuenta factores como, por ejemplo, la edad, la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, el compromiso de otros órganos y la reversibilidad.

Está implícito que la aplicación de un criterio de racionamiento es justificable cuando se han empleado ya todos los esfuerzos de planificación y de asignación de recursos. El deber de planificación sanitaria, previamente, debe contemplar aumentar la disponibilidad de los recursos y evaluar la posibilidad de transferencia a otros centros con capacidad para atender la nueva demanda. La aplicación de los criterios de triaje en este contexto está justificada solo después de haber hecho todos los esfuerzos posibles para aumentar la disponibilidad de los recursos, en particular de las camas de cuidados intensivos. Por ello es prioritario realizar una estrategia que permita encontrar, lo más

eficazmente posible, los recursos necesarios, de forma que su escasez produzca el mínimo impacto. Se deben revisar diariamente los recursos disponibles, no solo los públicos de la propia comunidad autónoma, sino también los privados, los militares y los de provincias cercanas.

Es importante recordar que la modificación temporal y excepcional de los criterios de ingreso debe ser compartida por todos los intervinientes en el proceso.

Los pacientes, a quienes se les apliquen estos criterios, deben recibir información sobre lo extraordinario de la situación, así como de las medidas adoptadas, tanto por obligación deontológica como por deber de transparencia y del mantenimiento de la confianza en el sistema sanitario.

Los objetivos principales de estas recomendaciones, en conclusión, son:

- 1-. Apoyar a los profesionales en la toma de decisiones difíciles, facilitando criterios colegiados que permitan compartir la responsabilidad en situaciones que implican una gran carga emocional.
- 2-. Explicitar unos criterios de idoneidad de asignación de recursos en una situación de excepcionalidad y escasez.

CRITERIOS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SITUACIÓN DE EXCEPCIONALIDAD RESPECTO AL INGRESO Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

A la hora de tomar decisiones sobre ingreso, o no ingreso, en la UCI y sobre la justa distribución de asignación de los recursos, deberemos tener en cuenta una serie de factores:

- Debe existir un plan de contingencia de emergencia que planifique la distribución de los pacientes entre áreas geográficas.
- Valorar siempre la posibilidad de transferencia o derivación a otro centro con recursos disponibles, siempre y cuando el paciente cumpla los criterios de reversibilidad e indicación de ingreso en UCI.
- En caso de no poder transferir el paciente, valorar la posibilidad de ampliar la capacidad de las UCI locales, facilitando ingresos en otras áreas habilitadas para esta epidemia con los recursos adecuados.
- En el caso de desproporción entre la demanda y las posibilidades, es lícito establecer un triaje de ingreso entre los pacientes, basado en el principio de justicia distributiva, evitando seguir el criterio habitual de “el primero en llegar es el primero en recibir asistencia”.
- Los protocolos de triaje consisten en un sistema de reglas que se aplican en el marco de situaciones de recursos escasos para ayudar a tomar decisiones de forma justa y transparente.
- Deben prevalecer, en estos casos, los principios de justicia distributiva de los recursos.
- Es prioritaria la protección del personal sanitario para evitar mermar los recursos necesarios para atender a los pacientes durante la pandemia.
- Es prioritaria la solidaridad entre centros para maximizar el bien común por encima del bien individual.

NECESIDAD DE TRIAJE DE PACIENTES CON SARS PARA INGRESAR EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ante una posible situación de aumento de la demanda de dispositivos de medicina intensiva, que sobrepase la oferta, se tornará imprescindible un triaje de los pacientes. Para poder realizarlo, debe existir una estrecha colaboración con los otros servicios que puedan estar implicados en la atención inicial de los pacientes (urgencias, medicina interna, neumología), así como, con los servicios de emergencias extrahospitalarias. Clásicamente los criterios de ingreso en UCI se pueden dividir en un modelo de 4 prioridades:

Pacientes con Prioridad 1

Serán pacientes críticos e inestables. Necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua...).

Pacientes con Prioridad 2

Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. Son pacientes que no estarán ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia con PaO₂/FiO₂ menor de 200 o menor de 300 con fracaso de otro órgano.

Pacientes con Prioridad 3

Se trata de pacientes inestables y críticos que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos como, por ejemplo, no intubar y/o no intentar la reanimación cardiopulmonar.

Pacientes con Prioridad 4

Pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado debido a un beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte.

En una situación de falta de recursos se priorizarán los ingresos en UCI de pacientes con Prioridad 1 en aquellos hospitales que dispongan de dispositivos de cuidados intermedios, dejando estos últimos para los pacientes con Prioridad 2.

Los pacientes de Prioridades 3 y 4, en casos de crisis, no ingresarán en unidades de cuidados intensivos.

Esquema de decisión de ingresos en UCI en situación de crisis:

Pacientes con Prioridad 1	Pacientes con Prioridad 2
Críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua...).	Precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. No ventilación mecánica invasiva. Oxigenoterapia alto flujo o VMNI por PaO ₂ /FiO ₂ <200 o <300 con fracaso de otro órgano.
Ingreso en UCI	Ingreso en cuidados Intermedios/Semicríticos*
Pacientes con Prioridad 3	Pacientes con Prioridad 4
Inestables y críticos, pero con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no intubar y/o no intentar RCP.	Su ingreso no está generalmente indicado: Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte.
No ingreso en UCI	

*Considerando la opción del ingreso de pacientes con prioridad 2 en otras áreas asistenciales como cuidados intermedios en caso de disponer de estos y no estar saturados por pacientes con prioridad 1.

RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA SITUACION EXCEPCIONAL DE PANDEMIA COVID-19

Recomendaciones Generales a tener en cuenta en la toma de decisiones en la asignación de recursos limitados:

1. Siempre debe existir un beneficio grande esperable y reversibilidad.
2. Ante un paciente con indicación de ventilación mecánica, y sin disponibilidad de recursos óptimos, valorar la posibilidad de distribuir los pacientes entre las UCI disponibles.
3. En situaciones en las que los recursos necesarios superen los disponibles deberán aplicarse criterios de triaje de ingreso en la UCI.
4. Aplicar criterios estrictos de ingreso en UCI basados en maximizar el beneficio del bien común.
5. Fomentar aquellos procedimientos que faciliten el destete de ventilación mecánica según medicina basada en la evidencia y agilizar los circuitos de traslados a planta y centros de derivación, para poder liberar recursos para otros pacientes.
6. En caso de complicaciones, o prevista mala evolución, tanto clínica como funcional, plantear la retirada terapéutica sin dilación por futilidad e iniciar la aplicación de medidas paliativas.
7. Es situación de adecuación terapéutica, retirada de medidas y/o mala evolución es adecuado derivar al paciente a un área de menor complejidad para establecer el plan de cuidados paliativos.
8. Consultar al servicio de Cuidados Paliativos para procurar la continuidad de cuidados de los pacientes en los que se haya acordado la limitación de tratamientos y aliviar su sufrimiento, incluyendo la sedación paliativa en los casos en los que sea precisa.
9. Se debe valorar el paciente de forma global y no la enfermedad de forma aislada.
10. Establecer, en todos los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización (ingresados por COVID-19 u otros motivos), una planificación anticipada y documentarlo en la historia clínica, con definición clara de si existe o no indicación de ventilación mecánica y/o ingreso en UCI y comunicarla al resto del equipo y especialidades. En la UCI establecer ya, al ingreso, si el paciente es tributario o no de medidas invasivas y RCP.
11. Se debe consultar siempre si el paciente dispone de voluntades anticipadas y seguir sus instrucciones, consultando a los representantes designados en el documento de voluntades anticipadas.
12. Principio coste/oportunidad: tener en cuenta que admitir un ingreso puede implicar denegar otro ingreso a otra persona que puede beneficiarse más. Evitar el criterio “primero en llegar, primero en ingresar”.
13. Establecer objetivos a conseguir durante el ingreso y, si no se consiguen, se pondrá de manifiesto la futilidad del mismo y la necesidad de retirar los soportes y se cambiará a objetivos paliativos.
14. No ingresar a personas en las que se prevé un beneficio mínimo como, por ejemplo, situaciones de fracaso multiorgánico establecido, riesgo de muerte calculado por escalas de gravedad elevado — cuando éstas sean fiables en su uso individual— o situaciones funcionales muy limitadas, condiciones de fragilidad, etc.
15. Ante pacientes críticos con otras patologías críticas que no puedan estar en otras áreas asistenciales, como reanimación o semicríticos, diferentes a la infección respiratoria por COVID-19, se debe valorar ingresar prioritariamente a quien más se beneficie o tenga mayor expectativa de vida, en el momento del ingreso.

16. Ante dos pacientes similares, se debe priorizar a la persona con más años de vida ajustados a la calidad (AVAC) o QALY (Quality-Adjusted Life Year). Son un indicador combinado del estado de la salud que aúna cantidad y calidad de vida. Priorizar la mayor esperanza de vida con calidad.
17. En personas mayores se debe tener en cuenta la supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada.
18. Minimizar realizar ingresos condicionados a pruebas terapéuticas e ingresos de pacientes con decisiones previas de adecuación terapéutica.
19. Ingresos condicionados o ICU trial: en los casos en los que no esté claro el potencial beneficio de la instauración de tratamientos invasivos se ingresarán de forma condicionada a la evolución clínica en las primeras 48 horas, valorando el fracaso orgánico medido por el SOFA al ingreso y reevaluando la evolución medida por esta escala 48 horas después de tratamiento de soporte total. Se informará al paciente y/o a sus familiares del plan terapéutico y de la posibilidad de aplicar adecuación de medidas terapéuticas en caso de falta de respuesta.
20. No ingresar pacientes que hayan dejado escritas sus voluntades anticipadas y que rechacen cuidados intensivos y/o ventilación mecánica, tras corroborar con sus representantes las instrucciones que hay en el documento o con el paciente si es competente.
21. Valorar cuidadosamente el beneficio de ingreso de pacientes con una expectativa de vida inferior a 2 años, establecida mediante herramienta NECPAL o similar.
22. Tener en cuenta otros factores como, por ejemplo, personas a cargo del paciente para tomar decisiones maximizando el beneficio del máximo de personas.
23. Tener en cuenta el valor social de la persona enferma.
24. Contactar con el Comité de Ética Asistencial para que pueda ayudar en la prevención o resolución de conflictos de valores entre las partes implicadas (profesionales, pacientes, familiares e institución) relacionados con la toma de decisiones.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS A TENER EN CUENTA EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS LIMITADOS

1. Todo paciente, afectado de Insuficiencia respiratoria aguda (IRA), tiene derecho a recibir asistencia sanitaria y se determinará la intensidad terapéutica, según criterios objetivos de idoneidad y expectativas de resolución del proceso con buena calidad de vida y funcionalidad. Solo ingresarán en UCI pacientes de prioridad 1 y 2.
2. Todo paciente mayor de 80 años y con comorbilidades recibirá preferentemente mascarilla de oxígeno de alta concentración, oxigenoterapia de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva (en estos dos últimos procedimientos se considerará la relación riesgo/beneficio por la producción de aerosoles en habitaciones compartidas y la disponibilidad de vigilancia en planta de hospitalización convencional) y se seleccionará, cuidadosa e individualmente, la indicación ventilación mecánica invasiva según indicación y evaluando riesgo/beneficios.
3. Todo paciente entre 70 y 80 años con IRA sin patología previa importante es subsidiario de tratamiento con ventilación mecánica invasiva.
4. En los pacientes entre 70 y 80 años que presentan alguna de estas comorbilidades moderadas-graves (ICC, miocardiopatía dilatada, EPOC, cirrosis, insuficiencia renal crónica, etc.) se valorará cuidadosamente la indicación de VMI y se le tratará preferentemente con VMNI o similar según disponibilidad.

5. Cualquier paciente con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva.
6. En todos casos de los apartados anteriores, la VM invasiva la retiraremos según la evolución del SOFA diario, las complicaciones acontecidas y estableciendo un juicio de futilidad caso a caso.
7. El criterio médico en cada paciente está por encima de estas recomendaciones generales, siempre que sea razonado, argumentado y se consensue en la sesión clínica diaria o por el Comité de Ética Asistencial.
8. Las decisiones de adecuación terapéutica, idealmente, deben consensuarse con el paciente y/o familiares, pero en esta situación excepcional puede ser difícil tomar decisiones ya sea vía telefónica. En estos casos, si no hay posibilidad de consensuar las decisiones, recordar que el garante de la toma de decisiones es el equipo sanitario del paciente.
9. Los soportes vitales especializados, tipo ECMO, deben restringirse a los pacientes que más puedan beneficiarse de ellos, siguiendo las recomendaciones de los expertos en estos procedimientos invasivos.
10. Se debe atender a la situación de estrés moral de los profesionales, aplicando medidas para prevenir y tratar para el síndrome de desgaste profesional (burnout) de los profesionales.
11. Debido a la política de restricción de visitas para evitar el contagio, se debe prever la atención a familias en las que se produce una muerte dentro del periodo de restricción de visitas

ACTORES Y RECOMENDACIONES GENERALES RELACIONADOS CON LA ADECUACIÓN ASISTENCIAL Y LA ÉTICA DE LAS DECISIONES ANTE SITUACIONES EXCEPCIONALES DE CRISIS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Relacionados con el RECURSO (disponibilidad y alternativas)		Relacionados con las CARACTERÍSTICAS PERSONA / SITUACIÓN GLOBAL		Relacionados con la ÉTICA DE LAS DECISIONES	
FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN	FACTOR	RECOMENDACIÓN
 PLAN DE CONTINGENCIA TERRITORIAL	- Disponer de un plan de contingencia de emergencia que planifique la distribución de pacientes entre áreas geográficas. - Valorar la posibilidad de transferencia o derivación a otro centro con posibilidades, siempre y cuando el paciente cumpla los criterios de reversibilidad e idoneidad de ingreso en UCI. - Valorar la posibilidad de ampliar la capacidad de las UCI locales, facilitando ingresos en otras áreas habilitadas para esta epidemia con recursos adecuados. - Es prioritario la solidaridad entre centros para maximizar el bien común por encima del bien individual.	 VALORACIÓN DE LA PERSONA	- Valorar el paciente de forma global, y no la enfermedad de forma aislada. - En el caso de personas mayores, esto implica tener en cuenta otros aspectos más allá de la "edad cronológica", relacionados con su "edad biológica" (grado de fragilidad, multimorbilidad...). - Conocer los valores y preferencias de la persona, consultando siempre si dispone de un documento de voluntades anticipadas o existe un plan de cuidados anticipados, y seguir sus instrucciones.	 OUTCOMES	- Ante las situaciones de crisis y la necesidad de estrategias de asignación, desde la ética se aboga por priorizar: - la maximización de la supervivencia al alta hospitalaria. - la maximización del número de años de vida salvados. - la maximización de las posibilidades de vivir de cada una de las etapas de la vida. - Es importante señalar que la edad cronológica (en años) no debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación.
 OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS	- Minimizar los ingresos condicionados a pruebas terapéuticas y los ingresos de pacientes con decisiones previas de adecuación de la intensidad terapéutica. - Fomentar aquellos procedimientos que faciliten el destete de ventilación mecánica según medicina basada en la evidencia y agilizar los circuitos de traslados a planta, centros de derivación, para poder liberar recursos para otros pacientes. - No ingresar pacientes que han dejado escritas voluntades anticipadas que rechazan cuidados intensivos y ventilación mecánica.	 PRIORIZACIÓN DE LAS PERSONAS según sus características y situación actual	- Clasificación de las personas según el modelo de 4 prioridades clásico de la UCI* - Se priorizará los ingresos en UCI de pacientes clasificados como Prioridad 1, en aquellos hospitales que dispongan de dispositivos de cuidados intermedios, dejando estos últimos para los pacientes con prioridad 2. - Se tenderá a no ingresar en unidades de cuidados intensivos los pacientes de prioridad 3 y 4 en casos de crisis.	 Triaje basado en la JUSTICIA DISTRIBUTIVA	- Principio coste /oportunidad: admitir un ingreso puede implicar denegar otro ingreso a otra persona que puede beneficiarse más (Evitar el criterio "primero en llegar, primero en ingresar"). - Aplicar criterios estrictos de ingreso en UCI basados en maximizar el beneficio del bien común. - Ante pacientes críticos con otras patologías críticas diferentes a la infección por COVID-19 se debe valorar ingresar prioritariamente el que más se beneficie. - Estos principios se deberían aplicar manera uniforme a todas las personas y no de forma selectiva a los de perfil geriátrico o con patologías crónicas.

 CONSENSO de los CRITERIOS a aplicar	La modificación temporal y excepcional de los criterios de ingreso debe ser compartida por todos los intervinientes en el proceso.	 Adecuación de la INTENSIDAD TERAPÉUTICA según evolución	- Establecer desde el ingreso un plan de adecuación terapéutica y documentarlo en la historia clínica con definición clara de si existe o no indicación de ventilación mecánica. - En caso de complicaciones o mala evolución plantear una des-intensificación terapéutica sin dilación por futilidad e iniciar medidas paliativas. En este caso, es pertinente derivar al paciente a un área de menor complejidad, garantizando un plan de atención paliativa.	 Principio de PROPORCIONALIDAD	- No ingresar a personas en las que se prevé un beneficio mínimo como situaciones de fracaso multiorgánico establecido, riesgo de muerte calculado por escalas de gravedad elevado, o situaciones funcionales muy limitadas, condiciones de fragilidad, etc. - valorar cuidadosamente el beneficio de ingreso de pacientes con expectativa de vida inferior a 1-2 años, establecida mediante herramienta NECPAL o similar.
Planificación de las ALTERNATIVAS	En caso de desestimar ingreso a UCI, el sistema tiene que ofrecer alternativas asistenciales de calidad, que cubran las necesidades básicas y esenciales de las personas y sus familias (incluyendo soporte psicoemocional y el control sintomático).			TRANSPARENCIA Y CONFIANZA	Se debe comunicar a pacientes /familiares lo extraordinario de la situación y la justificación de las medidas propuestas.

* Modelo de 4 prioridades clásico de la UCI*

- * Prioridad 1: pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI.
- * Prioridad 2: Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas, no ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia y con fracaso de otro órgano.
- * Prioridad 3: Pacientes inestables y críticos, con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda.
- * Prioridad 4: Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo o situación de enfermedad avanzada.

BIBLIOGRAFÍA

- White, DB, et al. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. Ann. Intern. Med. 150, 132–138 (2009).
- Downar, J, et al. Palliating a Pandemic: ‘All Patients Must Be Cared For’. J. Pain Symptom Manage. 39, 291– 295 (2010).
- Organisation, W. H. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. World Heal. Organ. 62 (2016).
- Thompson, , et al. Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. BMC Med. Ethics 7, (2006).
- Falvey, JR, et al. Frailty assessment in the ICU: translation to ‘real-world’ clinical practice’. Anaesthesia 74, 700–703 (2019).
- Leong, I, et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: Opportunities for palliative care. Palliat. Med. 18, 12–18 (2004).
- Saxena, A. et al. Ethics preparedness: Facilitating ethics review during outbreaks - Recommendations from an expert panel. BMC Med. Ethics 20, 1–10 (2019). Grasselli G, et al Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy.
- Early Experience and Forecast During an Emergency Response. JAMA. March 13, (2020).

ANÁLISIS DE LAS RECOMENDACIONES DE LA SEMICYUC Y LA CRÍTICA QUE HACE EL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA

PEDRO GALDOS ANUNCIBAY²⁹

INTRODUCCIÓN

A principios del mes de marzo de este año, la tasa de contagios por la COVID-19 comenzó a crecer exponencialmente. El día 13 del mes se decretó el estado de alarma y el confinamiento domiciliario de toda la población. El propósito era evitar el crecimiento de contagios de una enfermedad que se revelaba grave, mayoritariamente como una neumonía bilateral y que amenazaba con colapsar el sistema sanitario de nuestro país. Y particularmente se temía la escasez de recursos para pacientes que precisaran cuidados intensivos. La disponibilidad de camas, equipos de ventilación mecánica y personal cualificado era claramente menor de lo que se creía que fuera a necesitarse. Un aplanamiento de la curva de incidencia de la pandemia, es decir, una drástica disminución de la tasa de contagios era la única medida eficaz para reducir la demanda y evitar el colapso hospitalario. Esta desproporción entre la demanda de camas de hospital, y su disponibilidad, hacía suponer que los criterios de ingreso en UCI (Unidades de Cuidados Intensivos) para ventilación mecánica iban a cambiar.

SESIÓN CLÍNICA SOBRE ÉTICA EN LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Los primeros comentarios éticos empezaron con el contenido de un vídeo, donde se recogía la presentación en un Sesión Clínica de las conductas y sus implicaciones éticas en el tratamiento de

²⁹ [Referencia Bibliográfica] Galdos Anuncibay. En: Libro de Ponencia de los VI Encuentros en Bioética Puerta de Hierro. Majadahonda 15 y 17 de diciembre de 2020. Majadahonda: Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria; 2002:63-76.

los pacientes críticos por la COVID 19, al parecer celebrada en el Hospital Infanta Cristina de Parla (Madrid). Este vídeo atrajo la atención de muchos médicos relacionados con los intensivos. Un brevísimo resumen de su contenido sería que en estado de catástrofe, la libertad del individuo, (la beneficencia de máximos aplicando la justicia distributiva dando más al que más necesita), se sustituye por la utilidad primaria, al no disponer de los recursos asistenciales suficientes para la desproporcionada demanda; y se producen los cuellos de botella en la escasez de camas de UCI, en la falta de personal sanitario entrenado y en la falta de respiradores. El ponente confesaba la necesidad de priorizar para ocupar las camas de UCI, acudiendo a los años de vida recuperables y limitando tratamientos a pacientes que en condiciones normales lo recibirían. El ponente añadía *“que es una situación horrorosa, drástica y que ojalá no nos hubiera tocado”*. La situación era de gran tensión en el colectivo médico. Las decisiones médicas en cuanto al tratamiento intensivo se aproximaban al darwinismo social.

En ese mismo mes, la autora de un artículo publicado en el *New England Journal Medicine* (1), describía la situación con las preguntas a médicos de Italia durante la primera ola de la pandemia: *“los médicos parecían exquisitamente incómodos...” “cuando presioné al Dr. S. por ejemplo, sobre si se estaban utilizando cortes basados en la edad para asignar ventiladores, finalmente admitió lo avergonzado que estaba de hablar de ello. Esto no es algo agradable de decir, me dijo. Solo asustarás a mucha gente.”*

RECOMENDACIONES ÉTICAS SEMICYUC

Simultáneamente se publicaron las *“Recomendaciones Éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por la pandemia Covid-19 en las Unidades de Intensivos, por la Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC)”*, publicadas posteriormente³⁰ (3).

Según refiere el texto, los objetivos principales son:

- 1: Apoyar a los profesionales en la toma de decisiones difíciles facilitando criterios colegiados que permitan compartir la responsabilidad que implican una gran carga asistencial.

³⁰ Med Intensiva. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006>.

2: Explicitar unos criterios de idoneidad de asignación de recursos en una situación de excepcionalidad y escasez. Y que esta estrategia permita utilizar los recursos necesarios de forma que su escasez produzca el mínimo impacto.

Este documento pretendía también minimizar diferencias de criterios apreciables entre intensivistas o entre las UCI. Se podría así evitar casos de decisiones demasiado radicales ante el rápido incremento de enfermos graves por COVID-19. Por tanto, estas recomendaciones se refieren al ingreso en UCI de pacientes en situación de gran demanda y escasez de camas y a la decisión de practicar ventilación mecánica invasiva.

En conjunto, y leídas cuidadosamente, son recomendaciones adecuadas para la forma violenta en que se presentaba la pandemia, específicas, y concretas, aunque deben interpretarse como orientativas, como recomendaciones que son. Pero plantean situaciones o problemas poco agradables como la priorización de pacientes realizando triaje. Y especifican la asociación de edad y comorbilidades como forma de selección. Y dentro de estas, el deterioro cognitivo por demencia y otras enfermedades degenerativas. Pero no se menciona la utilidad social como elemento relevante a considerar para la priorización frente a la pandemia. Sí se hace la valoración de las personas mayores teniendo en cuenta la supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada: entre dos pacientes similares, se debería priorizar a la persona con más probabilidad de disponer de más años de vida ajustados a la calidad (AVAC) o *Quality-Adjusted Life Year* (QUALY). Es un indicador combinado del estado de salud que aúna cantidad y calidad de vida. Sin embargo, no es frecuente disponer de datos precisos para calcularlo, y no se emplea más que como concepto. Este es el único comentario en relación a la discapacidad recogido en el texto, y que debe interpretarse diferente a los discapacitados de cualquier naturaleza. Es tan solo un aspecto muy particular del término, que se discute más adelante.

Estas Recomendaciones SEMICYUC, motivaron en parte la difusión de dos documentos en que se discuten algunos aspectos de las mismas y que se mencionan a continuación.

INFORME DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA

La Dirección General de Políticas de Discapacidad del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, solicitó un informe al Comité de Bioética de España, “*acerca de las implicaciones éticas que para las personas con discapacidad pueden tener las Recomendaciones recientemente*

publicadas por el Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC, mencionado arriba”. El Comité respondió a esta petición con el *“Informe del Comité de Bioética de España (CBE) sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus”* (4), donde incluía además otras cuestiones relativas a la ética en la pandemia del coronavirus.

La valoración que aquí se hace de este informe analiza los aspectos que afectan más al médico intensivista por dos razones: porque la decisión de priorizar en cuanto a los pacientes críticos es más comprometida que en otros casos de menor gravedad, y porque el informe de las Recomendaciones de la SEMICYUC en esta epidemia ha sido citado y evaluado por el informe del CBE.

El documento es, en conjunto, adecuado. Sin embargo, hay opiniones muy taxativas y recomendaciones genéricas impositivas. No responden a una acertada frase que el mismo Comité vierte al principio del texto: *“tan estresante puede resultar para el profesional sanitario no contar con ningún criterio generalizado y uniforme que les ayude a tomar decisiones, como verse constreñidos a unos criterios generales que pueda considerar injustos o poco éticos”*. Y este es el problema. Desde la visión del médico intensivista la discrepancia con el informe se produce porque el plano donde se desarrolla cada uno de ellos es diferente: el del CBE es conceptual y general, en su mayor parte, pero extremadamente determinante o estricto y sin desarrollo o articulación de los apartados dirigidos a la toma de decisiones frente a los pacientes graves infectados por COVID 19. El de Intensivos descrito, ya descrito, se aproxima a la forma de tomar las decisiones que diariamente hace un intensivista, es decir, más circunscrito al problema.

Los médicos de cada especialidad adquieren diferentes visiones y actitudes frente al paciente del que se ocupan. En el caso del intensivista una característica diferencial es que, lamentablemente con mucha frecuencia, tiene que decidir si un enfermo debe o no tratarse en Cuidados Intensivos. Con el tiempo, los intensivistas se acostumbran a tomar decisiones sobre la vida de los enfermos graves. Pero cuando se decide no trasladar el paciente a la UCI, la sensación de malestar y de inquietud permanece y es difícilmente soportable. Pero hay que decidir. Y siempre queda la duda de si se ha acertado.

El riesgo a la equivocación en la decisión de tratar o no a un enfermo, es incuestionable, pero en un doble sentido. La angustia se presenta cuando se decide no ingresar al paciente y se tiene miedo de cometer una equivocación; pero también del daño que supone ingresarlo y tratarlo cuando las

posibilidades de recuperación son muy escasas, casi nulas. Por ello, no es infrecuente que se produzcan ingresos en UCI de pacientes que no tienen perspectiva de futuro.

Se presenta, a título de ejemplo este caso clínico, en el que fue inadecuado el ingreso en UCI:

Joven de 18 años con fibrosis quística en lista de espera para trasplante pulmonar desde hace 2 años. Desarrolla una infección pulmonar y se retira de la lista de espera. Con antibióticos, en lugar de mejorar empeora su insuficiencia respiratoria. Neumología solicita el ingreso en la UCI para ventilación mecánica invasiva. Si se controla la infección, se intentará la extubación y se incluirá de nuevo en la lista de espera. El estado nutricional y muscular es deplorable. Cualquier intensivista sabe que las posibilidades de recuperación para luego recibir un trasplante son prácticamente nulas. Pero, por su edad y como última oportunidad ingresa en UCI y se ventila mecánicamente. Pasadas dos semanas sin mejoría, con el paciente en sedoanalgesia profunda, los Servicios de Cirugía Torácica e Intensivos determinan la imposibilidad de que se pueda practicar un trasplante. Se inicia de inmediato la Limitación del tratamiento del Soporte Vital (LTSV), con la conformidad de la familia, que ya era consciente desde un principio de la irrecuperabilidad del enfermo. El ingreso del paciente en UCI fue un error, transmitiendo falsa esperanza de éxito: prolongación dolorosa e innecesaria de una vida sin futuro.

Y aquí es donde está el eje de las decisiones éticas de los médicos intensivistas con pandemia COVID 19 o sin ella: beneficiencia y no maleficiencia.

Este largo párrafo, pretende hacer notar que la priorización, y triaje es algo que se emplea en la rutina del trabajo en la UCI. Y se valora con cuidado someter al paciente al tratamiento intensivo solo cuando se va a beneficiar de ello, y se rechaza el ingreso cuando las posibilidades de beneficio son inapreciables, irrelevantes, fútiles. Y esto muchas veces no es bien entendido por médicos de otras especialidades. Por tanto, muy conforme con quienes elaboraron este informe en relación a que la priorización no es una novedad. El *“todo para todos, siempre y ya”* nunca es posible en cuanto a recursos sanitarios.

De acuerdo con el informe del CBE, cada paciente se merece una valoración exclusiva para ajustar la decisión de tratamiento a las condiciones particulares, y así se hace; pero es preciso tener referencias que no son inmutables, que varían a lo largo del tiempo.

Por otra parte, el CBE introduce la preocupación de que *“se estuvieran ya adoptando a nivel local y hospitalario protocolos de priorización en la asistencia sanitaria a pacientes con coronavirus, que se estaban aprobando de manera independiente por cada centro sin atender a criterios comunes ni garantizar la participación de expertos en Bioética.”* Y se preocupaban *“particularmente por el criterio de la edad como límite de la asistencia”*. Es incuestionable la calidad de los miembros del CBE, y valorable su contribución, pero ellos no deben olvidar que los

hospitales tienen, por norma, Comités de Ética Asistencial que se ocupan de estos aspectos, con obligaciones y atribuciones establecidas; y del mismo modo, las especialidades médicas están reconocidas y tuteladas por el Ministerio de Sanidad, y dentro de sus programas está incluido el conocimiento ético adecuado para ejercer la especialidad. Así mismo, las Sociedades Científicas, en su mayor parte, disponen de secciones dedicadas a la ética aplicada a cada especialidad y de miembros formados en esta disciplina. Desde luego, sí parece razonable que el Ministerio de Sanidad hubiera intentado unificar criterios en un informe único, pero mucho antes. En todo caso, el documento elaborado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, que integra a la inmensa mayoría de profesionales de esta especialidad, en conjunto y con la flexibilidad con que se emite y se reseña en el mismo, representa la opinión mayoritaria de los miembros de esa especialidad.

En otro apartado, abordaban algo fundamental: *“de limitar el derecho a la protección de la salud de algunos individuos por la escasez de recursos, la decisión solo puede corresponder única y exclusivamente a la autoridad pública”*. Nada se ha comunicado a los profesionales en este sentido y en relación a las gerencias de los hospitales, se han plegado a las opiniones de los médicos en activo. Desde luego, no es aceptable como decisiones relevantes de la autoridad pública el contenido del Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2 (5). No obstante, se revisará detrás del que nos ocupa.

En otro punto, el CBE hace referencia a que *“se debe prevenir la extensión de una mentalidad utilitarista o, peor aún, de prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad”* y *“el término utilidad social que aparece en algunas de las recomendaciones publicadas recientemente, nos parece extremadamente ambiguo y éticamente discutible”* Dos comentarios simples: primero, el término utilidad social no aparece como norma que vertebralas recomendaciones de la SEMICYUC. Es posible que se refieran a otra entidad que haya publicado aspectos éticos de la pandemia, pero solo citan en el texto a la SEMICYUC. Y la asociación entonces es automática. Segundo, el colectivo médico no tiene prejuicios hacia los mayores y/o discapacitados.

Más adelante el CBE entiende, siguiendo las Recomendaciones de la OMS, que en relación con el concepto de utilidad social puede ser ético priorizar a las personas que son esenciales para manejar un brote epidémico, entre ellos el colectivo sanitario.

Y, a continuación, el CBE analiza las dos cuestiones que parecen de mayor relevancia, en relación a las mencionadas Recomendaciones de la SEMICYUC: *“Las que hacen referencia a cuestiones*

tales como supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada, o la que recomienda que cualquier paciente con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva, no son compatibles con la convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tratado firmado y ratificado por España, (artículos 5 y 10, diciembre de 2017)”, donde “Se prohíbe toda discriminación por motivos de discapacidad.” Este apartado lo desarrollan en 107 líneas. Y de nuevo es preciso señalar que está fuera de lugar. La SEMICYUC no está en contra de la Convención Internacional, ni hace recomendaciones en contra.

Pero, cuando las personas mayores tienen dificultad en la movilidad, necesidad de ayuda para el aseo, y para otras funciones de la vida habitual, están sufriendo un deterioro físico generalmente progresivo. Esto pone de relieve que la calidad de vida ha empeorado en los últimos años de su vida. Es decir, que su condición física, su “reserva fisiológica” es peor de la de aquel de la misma edad que es autónomo en las funciones mencionadas. Este último soportará mejor el trauma físico que supone mantener al paciente con sedación y analgesia, en una cama de UCI, intubado y con ventilación mecánica y otros tratamientos agresivos, en espera de que desaparezca la neumonía bilateral que los enfermos de la COVID-19 presentan. Conocer la pérdida de capacidad para las funciones elementales de la vida habitual es un dato más para evaluar al paciente, que junto con las comorbilidades, la edad, etc., nos indicarán, con o sin pandemia, si el paciente va a soportar primero y beneficiarse después de un tratamiento activo de UCI, que consiste nada menos que mantener vivo al paciente de forma artificial durante un tiempo prolongado, al menos de semanas. Los pacientes con gran deterioro de su calidad de vida claro que serán tratados, pero no recibirán los tratamientos que no son efectivos para ellos, es decir que en esos casos son fútiles. No recibirán ventilación mecánica invasiva.

Por tanto, no se está hablando de discriminar negativamente a una persona ciega o muda, parapléjica o con Síndrome de Down, por ejemplo. Nadie del colectivo médico, tiene *in mente* la discriminación en estos casos. El objetivo del médico es precisamente tratar cualquier discapacidad, porque cualquier enfermedad la puede producir.

Por otra parte, se sabe que las personas con deterioro cognitivo por demencia sufren un empeoramiento relevante cuando son tratados en cuidados intensivos, anulando su posibilidad de recuperación. La misma consideración tienen las enfermedades degenerativas graves o avanzadas.

En torno a los Derechos de las Personas con Discapacidad, hay aspectos a analizar. Por ejemplo, hace unos años un alto directivo de banca, publicó en el diario El País un artículo comunicando que padecía una Esclerosis Lateral Amiotrófica³¹ (6). Se encontraba con una parálisis completa, ventilado mecánicamente, con alimentación por gastrostomía y atendido en su casa por personal especializado y junto a su familia. Dictó el artículo a través de los cambios de la mirada detectados cuando cambiaba de letra en el abecedario, visible en una pantalla de un ordenador especial. Manifestaba aceptar su situación y sentirse feliz. Y solicitaba a la Sociedad, al Estado, que todos los pacientes con ELA que lo solicitaran fueran atendidos como él, a cuenta de la Sanidad Pública. Yo creo que nadie estaría en contra de hacer lo mejor por un enfermo, pero hoy hay en España 4.400 pacientes con este diagnóstico y aumentaría en 560 por año si no hubiera decesos. Así que es una difícil prueba para un intensivista cuando una familia empecinada no acepta el final de la vida de su familiar en esta terrible enfermedad. En definitiva, hay pacientes con enfermedades degenerativas que no pueden ser mantenidos de forma artificial de modo indefinido. Otra cuestión es el necesario apoyo por su enfermedad hasta que llega el final de la vida. En conclusión, las discapacidades que se denuncian no son las señaladas en el texto de SEMICYUC, que se refieren solo al deterioro progresivo de la calidad de vida.

La segunda cuestión relevante tiene que ver con la edad, y el CBE dice: *“el criterio de la edad solo puede ser empleado, pues, para priorizar, pero no para denegar o limitar la asistencia sanitaria y el recurso a determinadas medidas de soporte vital. Sin duda la edad puede incidir en el pronóstico clínico pero en ningún caso puede obviarlo”*. Cuesta entenderlo. Efectivamente la edad es un factor de gravedad. El propio coronavirus es un magnífico referente: los mayores de 70 años tienen una muy alta mortalidad. Y en todos los indicadores de gravedad o pronóstico, la edad figura como variable independiente. Del mismo modo que la calidad de vida previa influye en el resultado final cuando se van a emplear medidas extraordinarias de soporte vital, como la ventilación mecánica. Si no va a producir beneficio, será preferible no hacer perjuicio, manteniendo artificialmente a un paciente sin perspectiva de futuro.

Pero extraña esta y otras repeticiones y llamadas a la precaución con la edad, porque en el momento de publicar el documento del CBE, no se conocía el desastre de la atención de pacientes mayores en las residencias de la tercera edad. Tal vez, artículos refiriendo aspectos de enfermos

³¹ ELA.

de edad avanzada en el estado COVID-19 que aconteció en Italia, antes que en España, fuera la razón de tanta insistencia.

Lo cierto es que las Recomendaciones SEMICYUC indican expresamente que entre 70 y 80 años, sin patología previa o comorbilidades importantes, está indicada la ventilación mecánica invasiva, si fuera necesaria. Por encima de 80 años y con comorbilidades el enfermo recibirá preferentemente mascarilla de alto flujo y CPAP o ventilación mecánica no invasiva; pero no se descarta la invasiva.

En los dos únicos enfermos por COVID 19 conocidos por quien esto escribe, y que fueron intubados y ventilados mecánicamente, tenían 82 y 83 años, con comorbilidades. El tratamiento de estos dos enfermos pone de relieve que, en la pandemia, y fuera de ella, no se abandonan pacientes. Se intenta casi lo imposible y se tratan en UCI cuando no tienen comorbilidades severas. Es preciso resaltar que 82 y 83 años están muy próximos a la esperanza de vida, actualmente en 83,6 de media. Por tanto, en la práctica, no parece que haya un criterio muy restrictivo y discriminante negativo en la edad. En la experiencia de intensivistas en activo, en los años 70, se fue ampliando la edad para el tratamiento con ventilación mecánica invasiva de los enfermos a medida que mejoraban los respiradores, mejoraba el conocimiento médico, se desarrollaban tratamientos concomitantes eficaces y por otro lado aumentaba la demanda social y envejecía la población. Se pasó de no ventilar a enfermos, con poco más de 70 años, a ventilar por encima de los 80. En fin, ¿Dónde está la discriminación por la edad?.

Al principio del Informe del CBE, señalan que les preocupa el criterio de la edad como “límite a la asistencia”. Y ahora es necesario descender un peldaño para explicar cómo se establece la escala de atención sanitaria, desde la asistencia primaria a los distintos niveles de atención hospitalaria y el paso a los cuidados intensivos, como último reducto del tratamiento. Y en las UCI existen medidas de distintos niveles de atención: en el caso de la insuficiencia respiratoria, determinada instrumentación que ayuda a respirar y se han mencionado anteriormente. Cuando todo falla se puede emplear la ventilación mecánica invasiva. Pero cuando se estima que esa intervención no va a beneficiar al paciente, se busca como fin el confort del mismo con el más adecuado aporte respiratorio y analgesia máxima con la mínima sedación posible. Y no se abandona al paciente en ningún caso. Que hablen de la *aplicación de la edad como límite de asistencia* sorprende. Hay médicos en el CBE. Deben entender de lo que se está hablando. Porque no dar asistencia sanitaria en las residencias de ancianos, que es lo que parecen significar, por razones de edad, no es

compatible con la mentalidad de trabajo de los hospitales y la asistencia primaria. Esas recomendaciones habría que dirigir las en otro sentido.

Y, junto a la valoración del término “supervivencia libre de discapacidad”, que por lo menos parece mal interpretado, y el empeño de la edad, ambos como discriminantes negativas, resulta sorprendente el modo de emitir ese juicio. En primer lugar, el Ministerio de Asuntos Sociales hace una solicitud al Comité de Bioética de España, sobre cuestiones relevantes de las “Recomendaciones de SEMICYUC”. Se trata de una consulta privada, no pública, reservada, cuya respuesta debe realizarse del mismo modo. Sin embargo, se responde publicando el informe con la referencia de quienes al parecer han cometido la equivocación o el error. El Comité fue absolutamente imprudente. Y si esto es censurable, en cualquier caso, lo es mucho más cuando lo hace el CBE, que debería tener una conducta que se ajustara máximamente a la ética. La lectura repetida del Informe del CBE, inducía a pensar en algún caso, que se estaba interpretando mal el contenido y que no se captaba adecuadamente su sentido.

INFORME DEL MINISTERIO DE SANIDAD SOBRE LOS ASPECTOS ÉTICOS EN SITUACIONES DE PANDEMIA: EL SARS-CoV-2

Es un informe ordenado. Entre los criterios generales establece *la no discriminación por ningún motivo ajeno a la situación clínica del paciente y a las expectativas objetivas de supervivencia, basadas en la evidencia*, que se agradece sea descrito de forma tan clara y sencilla. Pero insisten en que no puede aceptarse la discriminación por razón únicamente de una edad avanzada (art. 14 de la Constitución española); así que los pacientes de mayor edad deberán ser tratados en las mismas condiciones que el resto de la población. Argumentos semejantes se emplean para abordar la discapacidad. Es impropio rebatir de nuevo con los argumentos ya mencionados anteriormente. Tan solo indicar como positivo y esperable, que el Ministerio entiende que el equipo médico responsable asumirá las implicaciones de su decisión.

Por otra parte, resulta sarcástico que sea el Ministerio el que describa la necesidad de la disponibilidad de los recursos necesarios para la demanda aumentada, empezando por los equipos de protección individual para los sanitarios, cuando se conoce que fueron mucho menores que los necesarios.

IMPACTO DE LOS INFORMES EN EL COLAPSO HOSPITALARIO

En conjunto no se pueden valorar como positivos o útiles para apoyar y reforzar el esfuerzo de los médicos que se enfrentan a la COVID-19. Los dos informes mencionados, no consiguen orientar primero y tranquilizar después a los médicos intensivistas que tienen la llave, la decisión del mantenimiento artificial del enfermo hasta que pueda recuperarse de su neumonía.

Pero lo más grave es que el documento del Comité de Bioética de España se firmó y publicó el 25 de marzo y el del Ministerio de Sanidad el 2 de abril, 12 y 17 días, respectivamente, después de la declaración del Estado de Alarma. El día 22 de marzo, antes de la publicación de los dos informes, el grupo de los jefes de Servicio de Medicina Intensiva, de los hospitales públicos de Madrid, reunidos para intercambiar opiniones y apoyos, comunicaban a la Consejería de Sanidad que había 1.009 pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos, 957 (95%) de ellos intubados y sometidos a ventilación mecánica. Comunicaban la saturación absoluta de las UCI de los hospitales públicos de Madrid. Y que se estaban ocupando espacios sin los mínimos necesarios para atender enfermos de intensivos. Se mantenían enfermos ventilados en quirófanos, en otros casos ventilados con respiradores de transporte, y sin un mínimo de personal especializado. No había posibilidades de reubicación de pacientes trasladando a otros hospitales por saturación de todos. Siete hospitales lo solicitaron en ese momento, y solo se trasladaron 10 enfermos.

En el comunicado mencionaban que se habían realizado medidas de triaje con limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV), dado que los recursos disponibles eran muy inferiores a los necesarios para atender a todos los pacientes. La LTSV se practicó en pacientes con mala evolución clínica en la UCI.

Resaltaban que la carga emocional y moral derivada de la toma de decisiones estaba impactando negativamente, provocando el desgaste de los profesionales. En resumen, un drama y en medio del mismo, los informes como aviso a navegantes para que no se cometieran desmanes. Parece que el trato a los intensivistas ha sido deplorable. Enfrentados a la decisión de ingresar o no ingresar, con los documentos y las opiniones disponibles públicamente para ir contra sus actuaciones, sin justificación alguna.

La pandemia de COVID-19, en esta primavera de 2020, ha superado cualquier previsión. La demanda de ingreso en los hospitales fue tal que hizo desbordar los hospitales. En la Comunidad de Madrid la frecuentación de los hospitales fue desmesurada, si bien con variable intensidad entre

ellos. Los enfermos de gravedad, con neumonía bilateral en la mayoría de los casos eran atendidos por internistas y neumólogos que no llegaban a cubrir todos los enfermos asignados, de forma que participaba cualquier otro médico de cualquier especialidad, incluso las más apartadas de esa patología, como oftalmólogos, ginecólogos, etc. Otros especialistas se dedicaban a informar telefónicamente a los familiares que no podían permanecer en el hospital por el riesgo de contagio. Los médicos no habituados a patología respiratoria que se veían obligados a tratar enfermos graves en planta, se encontraban completamente superados, por la falta de hábito y conocimiento de la patología de estos pacientes. El hospital había colapsado.

Un escalón por encima, las UCI estaban también colapsadas habiendo habilitado camas de Reanimación, quirófanos, y otras áreas del hospital. El personal médico estaba formado por los intensivistas con la ampliación de plantilla posible en ese momento y el apoyo de anestesistas. La solicitud de ingreso era tan elevada que las camas de intensivos se ocupaban muy rápidamente, de forma que se decidió que solo ingresaran en UCI aquellos en que fuera preciso en el momento del ingreso la intubación y ventilación mecánica invasiva. El resto de intervenciones para tratar la insuficiencia respiratoria que se realizan en cuidados intensivos, como oxígeno con reservorio, alto flujo y/o CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) así como ventilación mecánica no invasiva, se decidió realizarlas en planta por la falta de camas de UCI; incluso la posición de prono que mejora el intercambio gaseoso y que requiere apoyo de personal entrenado. Todas estas técnicas se practican habitualmente con estricta vigilancia, pero la UCI había colapsado, por encima de todas las previsiones establecidas. Es decir, excepto los enfermos intubados y ventilados mecánicamente, otro numeroso grupo de enfermos críticos no pudieron ingresar por falta de camas.

El trabajo en una Unidad de Intensivos con todos los pacientes en ventilación mecánica es doble de lo usual; por otra parte el número de camas podría ser tres y cuatro veces mayor de lo normal, de forma que no había tiempo más que para atender a la UCI y asesorar en planta si tenían problemas y valorar a nuevos enfermos para decidir la ventilación mecánica.

Era muy frecuente el retraso en el ingreso en UCI, esperando los pacientes en la planta de hospitalización en habitaciones dobles. Había casos en que los dos eran enfermos para intubar: uno se trasladaba al liberarse una cama de UCI, y el otro, moría en planta por no poder ingresarlo. En resumen, la pandemia ha marcado la pauta, pero se trabajó con la máxima dignidad y ética posible, contando con lo mejor de cada médico, de intensivos o de cualquier otra especialidad,

cuando nada menos que el Comité de Bioética de España y el Ministerio de Sanidad, en medio del colapso, como si no fuera con ellos, corregían abiertamente las Recomendaciones de la SEMICYUC.

Se mantuvo la dedicación a los enfermos con los máximos niveles de atención, conservando en la medida de lo posible los criterios habituales fuera de la pandemia, considerando la beneficencia, la no maleficiencia y la futilidad en cada caso.

Las críticas a las Recomendaciones SEMICYUC, no han sido contestadas formalmente por intensivistas en activo, ni por la propia Sociedad Científica, lo que hace suponer la falta de interés en los informes mencionados.

INFORME DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA DE LA ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGIAL

El Informe de la Comisión Central de Deontología en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria (8), emplea el sentido común y el razonamiento habitual y próximo que mueve la conducta habitual de los médicos. El planteamiento y el tono es completamente distinto a los informes anteriores.

Sus autores mencionan que el principio de justicia permitirá una distribución prudente de los recursos procurando que ningún paciente pierda oportunidades. En cada caso, se realizará la deliberación adecuada fundamentándose en un profundo conocimiento científico y experiencia de los médicos intervinientes.

En la valoración deontológica, el criterio fundamental deberá basarse en las probabilidades de supervivencia de cada paciente; y la toma de decisiones hacerse individualmente con la seguridad de no abandonar al paciente.

Refieren que la transparencia, proporcionalidad y responsabilidad, son factores relevantes. Y estiman que los médicos están acostumbrados a emplear la justicia para tratar y evitar la discriminación injustificada. Y deberá atenderse del mejor modo a cada uno según las circunstancias que concurren en cada enfermo. La limitación y adecuación del esfuerzo terapéutico serán necesarios para atender bien y de forma proporcional en situación de catástrofe sanitaria.

Son estas las consideraciones que resumen el Informe de la Comisión de Deontología de la Organización Médica Colegial. No consta en el documento comentario alguno sobre discriminación negativa por edad avanzada o discapacidades, por innecesarios, y apoya sin duda a sus médicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosembaum L. “Facing Covid-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on Epidemic's Front Line”. *N Engl J Med*, 202; 382:1873-1875.
2. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia Covid 19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. (SEMICYUC)”. semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Ética_SEMICYUC-COVID-19.pdf. También localizable en www.semicyuc.org, en apartado Covid 19, documentos.
3. “Recomendaciones Éticas para la toma de decisiones difíciles en la situación excepcional de crisis por la pandemia Covid-19 en las Unidades de Intensivos” Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC)”. *Med Intensiva*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006>.
4. “Informe del Comité de Bioética de España (CBE) sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus”. Comité de Bioética de España. 25-03-2020. [assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe CBE-Priorizacion de recursos...](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe_CBE-Priorizacion_de_recursos...) También localizable en www.comitedebioetica.es. Apartado documentación.
5. “Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. RESUMEN EJECUTIVO DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES” <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/ale...>
6. Luzón F. “Vida y muerte dignas” (Tribuna). Opinión. *El País*, 10-04- 2019. https://elpais.com/elpais/2019/04/10/opinion/1554911466_347152.html
7. El Comité de Bioética de España propone que los sanitarios tengan acceso prioritario a las UCI y a la atención sanitaria. *Diario El Mundo*. Soledad Valle. 26-03-2020. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/03/26/5e7ca441fdddf...>
8. Informe de la Comisión Central de Deontología en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catastrofe sanitaria. Consejo General de Colegios de Medicos. 23-03-2020. https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/coronavirus-_n.p...

¿HEMOS CUIDADO BIEN A NUESTROS MAYORES?

CRISTINA BERMEJO BOIXAREU³²

INTRODUCCIÓN

La Bioética nació en un contexto de crisis y es precisamente en momentos de mayor dificultad en los que se pone de manifiesto su papel fundamental, proporcionando el marco de reflexión y deliberación que permite adoptar las decisiones éticamente más adecuadas. En el caso que nos concierne, buscando el justo equilibrio entre el interés colectivo y los derechos del ser humano. (Comité de Bioética de España)

La mortalidad de la infección por SARS-CoV-2 se ha producido en más del 85% de casos en la población mayor. La población más afectada, sin duda alguna, por la pandemia COVID-19 ha sido la de los mayores institucionalizados, que han supuesto el 46% de los fallecidos en 21 países analizados (1). Hay diferentes motivos que justifican lo sucedido:

- a. Los mayores son la población con la mortalidad más alta secundaria a esta infección. La edad media de población mayor institucionalizada es de 87 años (2).
- b. La comorbilidad, principalmente la cardiaca, empeora el pronóstico de la infección por COVID-19 y la población institucionalizada es la que presenta más comorbilidad, fragilidad y dependencia. El 80% de los mayores presentan deterioro funcional, 68% de personas presentan deterioro cognitivo, el 51% presentan una complejidad de grupos de morbilidad ajustados (GMA) de alto riesgo, y una alta prevalencia de situación de final de vida (54%), con una mortalidad anual global superior al 20% (2,3).

³² [Referencia Bibliográfica] Bermejo Boixerau C. ¿Hemos cuidado bien a nuestros mayores? En: Libro de Ponencias de los VI Encuentros en Bioética Puerta de Hierro. Majadahonda 15 y 17 de diciembre de 2020. Majadahonda: Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria; 2020:77-90.

- c. Esta infección se transmite con mucha facilidad y las residencias son centros donde conviven gran número de residentes favoreciendo el contagio.
- d. Este grupo de población presenta una clínica atípica la forma de manifestación de las enfermedades en general, y entre ellas las infecciones, lo que retrasa el diagnóstico de éstas.
- e. Los residentes presentan gran dependencia precisando contacto estrecho y frecuente con trabajadores.
- f. Por otro lado, el personal sanitario, de número reducido, atiende de forma muy estrecha a los institucionalizados, y éstos se convirtieron en portadores del germen.
- g. Además, algunos de estos sanitarios ocasionalmente trabajan en más de un centro socio-sanitario.
- h. La falta de acceso a test diagnósticos para la detección de asintomáticos, o en las fases iniciales de la infección.
- i. Estos centros tenían escasas medidas de protección y un déficit de formación.

RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG)

El 18 de marzo la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) publica un documento de propuestas para la actuación en residencias de mayores (4) con similares recomendaciones a las de la Sociedad Británica de Geriatria (5) y Sociedad Americana de Geriatria (6) que se describen a continuación:

1. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE POSITIVOS EN RESIDENCIAS

Esto, en la primera ola de la pandemia a nivel mundial, era difícil con tanto personal sanitario de baja y tantos residentes afectados. La falta de Equipos de Protección Individual (EPIS) complicaba la prevención. La importancia de la detección de positivos asintomáticos en las residencias para controlar los brotes en los centros se publicaba a finales de abril (7).

2. DIAGNÓSTICO

Esto era complicado con el déficit de acceso a test diagnósticos de infección por SARS-CoV-2, al inicio de la pandemia. La forma de presentación atípica de las enfermedades en las personas mayores retrasó la sospecha clínica de esta infección retrasando el aislamiento de los residentes.

3. PLAN ÚNICO

Se solicitaba establecer un plan de actuación único, tanto para las residencias de mayores públicas como privadas, igual en todas las comunidades autónomas, debía haber sido a nivel nacional.

4. DERIVACIONES

Las derivaciones debían estar basadas en criterios de situación funcional y pronóstico de forma individualizada. Los médicos no tratan enfermedades sino enfermos. La forma de trabajo de los geriatras se basa siempre en la realización de una Valoración Geriátrica Integral, a partir de la cual se decide un plan diagnóstico y terapéutico individualizado en la práctica clínica habitual. Por este motivo, en la Comunidad de Madrid, durante la primera ola, los centros socio-sanitarios contactaban con “el geriatra de enlace” de su hospital de referencia para la toma de decisiones sobre cuál era el lugar y el tratamiento más adecuado. Desde el 13 de marzo los “geriatras de enlace” daban soporte telefónico a las residencias desde las 8:00 a las 22 horas.

Esta atención telefónica permitía las siguientes actividades:

- Responder a dudas médicas de las residencias
- Prescribir oxigenoterapia para poder ser entregada con un concentrador en la residencia
- Entregar tratamientos intravenosos y medicación de uso hospitalario
- Solicitar la realización de pruebas diagnósticas, como la Reacción en Cadena Polimerasa del Coronavirus-19 (PCR COVID-19) y análisis de sangre
- Gestionar traslados a hospitales secundarios con camas de agudos de geriatría o al servicio de urgencias de los hospitales.
- Tramitar desinfección por parte de la Unidad Militar de Urgencias (UME)

5. AISLAMIENTO

La sectorización era complicada al no tener test de detección de la COVID19 y muchos de los centros socio-sanitarios no disponer de espacio físico para poder establecer zonas de aislamiento, ni para sospechas, ni para casos confirmados. En España hay 2.609 residencias de menos de 50 plazas (el 48,7% de ellas), en las que viven 72.573 personas (el 19,5% del total de residentes) y donde el aislamiento en unidades puede ser imposible (8).

6. PLAN POR TERRITORIOS

La distribución de recursos sanitarios y sociales en España es muy heterogénea entre comunidades autónomas e incluso dentro de la misma comunidad autónoma. La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología publica el 17 de junio de 2020 un documento, a modo de resumen, con la normativa vigente sobre las residencias en las diferentes comunidades autónomas (9), en el cuál se objetiva una gran variabilidad, así como unos requisitos demasiado bajos en muchas ocasiones, fundamentalmente en cuanto a ratios de trabajadores y en cuanto a la formación. Los mayores más dependientes, más frágiles, con más comorbilidad y mayor complejidad son los que están en estos centros, por lo que la formación debería ser un requisito para los trabajadores (10). La categorización de los centros es una asignatura pendiente desde hace muchos años. Los centros con personal sanitario disponible las 24 horas pueden asumir personas mayores con mayor dependencia, comorbilidad y necesidades, a diferencia de los centros que no tienen esta disponibilidad.

Total de residencias en España					
Elaborado 24-3-2020					
Por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología					
Fuente: Informe Envejecimiento en Red del CSIC. Octubre 2019					
					
Total residencias	<25 plazas	25-49 plazas	50-99 plazas	>100 plazas	Total
En número de centros	1.130	1.479	1.520	1.229	5.358
% por tamaño	21,1%	27,6%	28,4%	22,9%	100%
En plazas	18.770	53.803	108.645	191.767	372.985
% por plazas	5,0%	14,4%	29,1%	51,4%	100,0%
Tamaño medio en plazas	17	36	71	156	70

Figura 1. Plazas de residencias en España (8)

7. UBICACIÓN DE POSITIVOS

La falta de centros (hospitales de atención intermedia, de apoyo o residencias) que pudieran atender a los mayores con infección por SARS-CoV-2 dificultó la prevención del coronavirus.

8. DOTAR DE PERSONAL Y MATERIAL

La falta de personal sanitario y la falta de material en estos centros, no parecía claro de quién era la responsabilidad. Un deber es el de proteger contra el abuso de los derechos humanos por parte de terceros, incluidas las empresas.

El Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda organizó equipos de personal sanitario del hospital que se ofreció voluntario para dar apoyo a las residencias con el soporte telefónico y formación del servicio de Geriatría. Estos Equipos de Soporte a Residencias (ESR) estaban formados por los siguientes sanitarios, con distintas funciones:

- Jefe de servicio o directivo del hospital, para ayudar a la dirección del centro en temas organizativos, a conseguir material de protección individual y a sectorizar el centro. A este cargo se le denominó “padrino” del equipo de ESR. En nuestro hospital fueron los jefes de servicio/sección de Cardiología, Dirección de Enfermería, Dirección Médica, Geriatría, Neumología, Pediatría, Rehabilitación, Traumatología y Urgencias.
- Médico especialista del hospital para dar apoyo a los médicos de los centros sociosanitarios, valorar pacientes, gestionar la realización de pruebas (ecografía portátil, PCR de COVID-19, analíticas, serologías, cultivos...), dar formación, etc.
- Enfermera del hospital para ayudar a la enfermería del centro sociosanitario, valorando pacientes, sacando PCR, analíticas, dando sesiones formativas en el centro.
- Médico residente para dar apoyo al resto del equipo.
- Sanitario voluntario para apoyo desde el hospital, para labores burocráticas u organizativas.

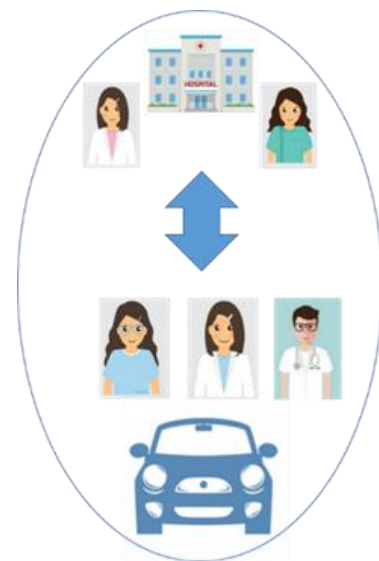


Figura 2. Equipo de Soporte residencia

Estos equipos ofrecían, además de las actividades realizadas telefónicamente, algunas de las siguientes actuaciones:

- Valoración de pacientes para detección precoz de síntomas compatibles con infección por COVID-19 e inicio precoz de tratamiento.
- Realización de test serológicos para COVID-19, analíticas de sangre, pruebas diagnósticas, como PCR-COVID19 e inicio precoz de tratamiento en los casos positivos, y garantizar la protección de los negativos.
- Ayudar a la sectorización de los residentes
- Realización de electrocardiogramas portátiles mediante Kardias, que eran enviados a la Unidad de Arritmias del hospital para su valoración, si fuere preciso.
- Formación al personal sanitario sobre las medidas de prevención y tratamiento de COVID-19.

9. MONITORIZACIÓN

El criterio de la derivación de enfermos desde y a la residencia de mayores debía ser autorizada y monitorizada por un equipo especializado. “Ningún valor es suficiente por sí solo para determinar qué pacientes deben recibir recursos escasos. Por lo tanto, la asignación justa requiere un marco ético de valores múltiples que se pueda adaptar, dependiendo del recurso y el contexto en cuestión” y entre ellos “maximizar los beneficios, tratar por igual, promover y recompensar el valor instrumental y dar prioridad a los más desfavorecidos” (11). Los médicos en su práctica clínica habitual ya toman decisiones ajustadas a la situación funcional, la evidencia científica y a los recursos disponibles, como por ejemplo en el triaje (clasificación) en urgencias, en los trasplantes, cirugías agresivas, pruebas diagnósticas invasivas, etc.

En este sentido se han publicado gran número de guías para profesionales sanitarios en esta situación tan compleja, basados en medidas concretas, criterios sólidos y principios éticos fundamentales, una de los cuáles se presenta en la Figura 3 (2).

RECOMENDACIONES GENERALES				
PASOS: ¿QUÉ HACER?		METODO: ¿CÓMO HACERLO?	¿QUÉ RESULTADO OBTENDREMOS?	COMENTARIOS/RECOMENDACIONES
1 PERSONA (paciente) 		ENFERMEDAD AVANZADA o TERMINAL: • PREGUNTA SORPRESA: ➢ <i>“¿Te sorprendería si esa persona muriera durante el próximo año?”</i> • NECPAL rápido: ➢ <i>¿Tiene necesidades paliativas?</i> ➢ <i>¿Tiene criterios avanzados para la enfermedad?</i> ➢ <i>¿Tiene deterioro funcional o nutricional?</i> ➢ <i>¿Tiene multimorbilidad?</i> ➢ <i>¿Ha presentado múltiples ingresos urgentes?</i> * Se recomienda corroborarlo con una evaluación multidimensional/Valoración Geriátrica Integral * En todos los casos puede ser útil conocer el grado de fragilidad (usando el Índice Frágil-VIG o la CFS).	IDENTIFICACIÓN de personas según su diagnóstico situacional IDENTIFICACIÓN (según el sistema de estratificación de Cataluña):  GRADO DE FRAGILIDAD FRAGILIDAD INICIAL FRAGILIDAD INTERMEDIA FRAGILIDAD AVANZADA	• El pronóstico, la edad cronológica (edad en años) o el tipo de trastorno NO deben utilizarse como criterios únicos. • Es recomendable revisar en la historia de la persona (de la propia residencia o la de atención primaria) si existe información referente al grado de fragilidad, valoración multidimensional, multimorbilidad,...
Explorar VALORES Y PREFERENCIAS • ¿Qué valores y preferencias tiene? • Dispone de DVA o PCA?		PCA básica rápida (persona) (con la familia si la persona no es competente): ➢ <i>¿Qué le preocupa?</i> ➢ <i>¿Cuáles son sus expectativas de futuro?</i> ➢ <i>¿Qué nos pediría?</i> ➢ <i>¿Cómo ve la situación actual (COVID19)?</i> ➢ <i>En caso de ser COVID19, ¿dónde y cómo le gustaría ser atendido?</i>	De CADA PERSONA: • Valores • Preocupaciones • Prioridades • Preferencias * DVA: Documento de voluntades anticipadas **PCA: Planificación de Cuidados Anticipados	• Con gran delicadeza • Explícitamente (o implícitamente, si puede resultar iatrogénico) • Valorar posible impacto • Compromiso de apoyo al centro (especialmente en situación terminal) • Privacidad
Estos dos pasos nos ayudan a situar al paciente evolutivamente, a identificar sus valores y preferencias, y nos permiten hacer una primera PROPUESTA DE NIVEL DE INTERVENCIÓN ante complicaciones:  MEIDAS ACTIVAS/ CANDIDATO TRASLADO HOSPITALARIO  MEIDAS ACTIVAS CON SOPORTE ADICIONAL (O2, pruebas diagnósticas,...)  MEIDAS ACTIVA RESIDENCIALES HABITUALES  CUIDADOS PALIATIVOS DE CONFORT				
2 FAMILIA 		PCA básica rápida (familia) ➢ <i>Informar sobre el diagnóstico situacional y evolutivo descrito</i> ➢ <i>Informar y compartir conversaciones con los pacientes</i> ➢ <i>Explorar las preocupaciones, expectativas y demandas en relación al COVID-19</i> ➢ <i>Explorar las respuestas a situaciones/escenarios predecibles</i>	• Necesidades, expectativas, prioridades y demandas • Apoyo y asesoramiento • Acceso al paciente y a la información	• Apoyo y asesoramiento sobre comportamientos en el aislamiento • Asesoramiento en el apoyo emocional y acompañamiento • Asegurar sistemas de información presencial (o teléfono, telemática, ...) • Sugerir fórmulas de acompañamiento, especialmente en casos de peor pronóstico • Prevenir el duelo complicado.
3 EQUIPO 		INVOLUCRAR y dar SOPORTE al equipo ¿Cómo lo ve / lo vive el equipo?	• Objetivos comunes • Plan Terapéutico consensuado • Nivel de respuesta consensuado	
4 RECURSOS 		Se requiere de un MAPEO ACTUALIZADO de: • RECURSOS de apoyo y grado de ACCESIBILIDAD: Atención Primaria, Equipos de soporte, OGI,... • RECURSOS DE DERIVACIÓN posibles: ➢ <i>Servicios de emergencia, hospitales agudos, hospitales para atención intermedia /sociosanitaria, hotelería,...</i> • Valorar MONITORIZACIÓN TELEFÓNICA con los recursos de apoyo. • Programar REQUISITOS FARMACOLÓGICOS	• Grado de acceso y resolución externos • Posibilidad de soporte de cada recurso • Posibilidades realistas de uso de tecnologías de soporte (UCI, ventilación...)	• Evitar el uso de los servicios de emergencia si no están claros los objetivos / pensar en alternativas • En caso de necesidad de soporte de apoyo básico (Oxígeno, medicación intravenosa,...), valorar los recursos de atención intermedios o sistemas profesionales de apoyo • Realizar una planificación horaria y coordinación con objetivo de soporte 7x24 • Utilizar sistemas de información compartida • Para decisiones éticas particularmente difíciles, considerar ponerse en contacto con los comités de ética locales
5 Criterios de DERIVACIÓN 		• En función del PCA anterior, diagnóstico de la situación y objetivos terapéuticos, es necesario evaluar CUIDADOSAMENTE la INDICACIÓN DEL TRASLADO • Es necesario ponderar los posibles beneficios frente a los riesgos o impactos del traslado a los hospitales	• Decisión de mantenimiento en el Centro vs traslado • Criterios claros de derivación o traslado • Opciones de soporte externos	• Establecer mecanismos de acceso directo en aquellos territorios con recursos sociosanitarios/atención intermedia con más tecnología (por ejemplo, oxígeno) y apoyo (médico, enfermería, psicología) para atender a pacientes con necesidades más complejas. • Pensar en algunas alternativas (hostelería) que pueden ser útiles en

Figura 3: Guías de Amblàs-Novellas J, Gómez-Batiste X

10. FACILITAR EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR

Una muerte digna, el acompañamiento familiar, el apoyo espiritual o religioso, así como, el velatorio constituyen igualmente derechos proclamados en diferentes regulaciones de derechos de los pacientes y han cobrado especial relevancia estos últimos años dentro de los diferentes planes

de humanización de nuestro Sistema Nacional de Salud. (Declaración del Comité de Bioética de España (12)

La falta del acompañamiento familiar ha sido probablemente el principal problema ético en esta crisis sanitaria, que está aún por resolverse, tanto en los hospitales como en los centros socio-sanitarios. Este problema no solo ha afectado a los pacientes sino también a los familiares que no han podido despedirse, no han podido velarles, ni hacer un duelo normal.

11. FOMENTAR LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA, FUNCIONAL, NUTRICIONAL Y SOCIAL

Tal y como ha expuesto el Consejo de Europa, las personas mayores tienen derecho al respeto de su dignidad, a llevar su vida de manera independiente, de forma auto-determinada y autónoma. También deben tener la posibilidad de interactuar con otras personas para participar plenamente en actividades sociales, culturales, educativas y de formación, además de en la vida pública. Cualquier limitación a estos derechos deberá ser proporcional a la situación específica, y deberá incluir instrumentos de control apropiados y efectivos para prevenir el abuso y la discriminación (13).

A continuación, se presentan los datos de un estudio realizado en el Hospital Puerta de Hierro Majadahonda realizado con 435 residentes de 4 centros socio-sanitarios de nuestra área, pendiente de publicar.

Tras la primera ola, en el mes de junio 2020, se detectó una pérdida funcional según la escala de FAC³³ en 79 (18,5%) residentes. En cuanto al deterioro cognitivo, destaca la aparición de deterioro cognitivo leve en el 31,8% de pacientes con GDS³⁴ 1 previo. Se produce un marcado empeoramiento en los pacientes con deterioro cognitivo leve y moderado, GDS 2, 3, 4 y 5, empeorando según la escala GDS el 18,2%, 44,4%, 75% y 40% respectivamente. Destaca la presencia de sintomatología depresiva en 214 (53,5%), mientras que al inicio de la etapa de confinamiento únicamente presentaban sintomatología 46 (11,1%). En el momento del estudio, se encontraban en riesgo de malnutrición 177 (40,7%), según la escala de short-MNA³⁵, y en

³³ Escala de FAC: Escala de Evaluación para la Capacidad de marcha.

³⁴ GDS: escala de Deterioro Global de Reisberg.

³⁵ Escala de Short-MNA: *Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA®-SF)* El MNA®-SF es un método simple y rápido para identificar personas ancianas que se encuentran en riesgo de desnutrición o desnutridas. Identifica el riesgo de desnutrición antes de que ocurran cambios graves en el peso o en las concentraciones séricas de proteínas.

situación de malnutrición 247 (56,8%), frente a 221 (50,8%) y 87 (20%) respectivamente previo al periodo de confinamiento. Se objetivó pérdida de peso en 167 residentes (38,4%), la mediana de pérdida de peso fue de 2,1kg (p25; p75: 0,4;4,6) y la mediana de % de pérdida de peso fue de 3,54% (p25; p75: 0,7;7,3). No había diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que habían pasado la infección por SARS-CoV-2 y los que no. Estos datos demuestran la necesidad de estimulación funcional mediante programas de ejercicio (14), cognitiva, apoyo psicológico, acompañamiento familiar que debería ser más flexible en los pacientes con IgG positiva, o que han pasado la infección, así como insistir en el soporte nutricional.

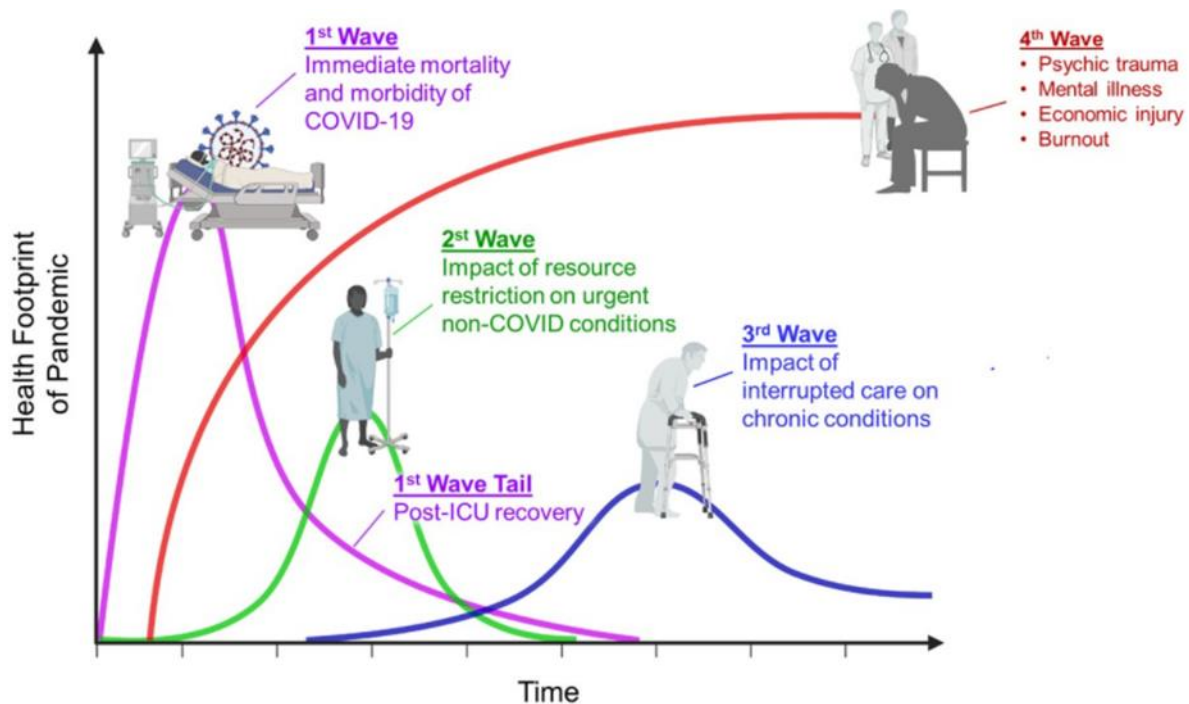


Figura 6. Consecuencias de la infección por COVID-19

Y, a las anteriores propuestas, debemos añadir las siguientes:

12. FACILITAR COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

Las residencias dependen de la Consejería de Asuntos Sociales y la falta de coordinación con la Consejería de Sanidad repercute desde hace muchos años en la atención de sus residentes. Una de las necesidades básicas demandada es la disponibilidad de un sistema de información común, para

evitar los errores de medicación en los traslados, tener siempre información completa y fiable, así como para facilitar la continuidad asistencial, básica en este grupo de pacientes (15).

13. INVESTIGACIÓN

En esta pandemia se ha demostrado que, en la investigación biomédica, el análisis de grandes volúmenes de datos relevantes para la salud hubiera facilitado un mejor conocimiento de la infección, así como conocer los fármacos que son útiles en fases iniciales de la pandemia. Se han realizado numerosos estudios con diferentes niveles de evidencia y reducido número de pacientes, con resultados contradictorios o no concluyentes, que han demostrado una necesidad de coordinación internacional para la realización de macro-estudios.

El Comité Internacional de Bioética (IBC) de la UNESCO señaló en su Informe sobre Big Data en salud de 2017, que el Big Data puede considerarse ya un bien común de la humanidad (literalmente, “*Big Data can be framed as a common good of humankind*”) y en esta pandemia nos hubiera ayudado a resolver los enigmas de esta infección de forma más rápida.

Por otro lado, otro de los grandes problemas sin resolver en los estudios y, principalmente en los ensayos clínicos, es la exclusión de los pacientes mayores (16). Debido al deseo de diseñar estudios con muestras homogéneas, más sencillas de analizar, con pacientes sin comorbilidad que puedan actuar como factores de confusión o peor respuesta a los fármacos, hace que los mayores se excluyan habitualmente de los estudios. Como consecuencia, posteriormente los resultados no pueden ser extrapolables a esta población. Por ejemplo, en el momento actual se conoce que la vacuna se va a poner de forma prioritaria a la población mayor, pero en los estudios de las vacunas para COVID-19 solo se exige que el 25% de los estudiados sean mayores, y los incluidos no tienen la comorbilidad que presentan los mayores institucionalizados (17).

14. PRENSA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Debe hacerse una llamada a la responsabilidad a los medios de comunicación para que mantengan el objetivo de informar con rigor, sin crear alarma. En estos momentos de crisis sanitaria deberían ofrecer veracidad, imparcialidad y objetividad, evitar el sensacionalismo y evitar tergiversar la realidad con fines políticos.

Se ha transmitido a los mayores la existencia de un mayor riesgo de mortalidad, que es real, y el horror de la falta de acompañamiento, que también lo es; pero otras veces se han transmitido además mensajes erróneos, como los que se describen a continuación:

- Discriminación de los mayores por el lugar en el que residen, con diferentes criterios de derivación hospitalaria. No podemos olvidarnos que muchos centros socio-sanitarios tienen personal sanitario y pueden poner tratamiento en las residencias, sin precisar recursos hospitalarios, por lo que fomentar el tratamiento en sus centros, si es posible, es justificable. Se ha dicho que han sido “abandonados y discriminados en residencias” despreciando el trabajo de los sanitarios de estos centros y esto ha condicionado preocupación, malestar, indignación, irritación, insomnio o depresión a las familias de esta población de forma desproporcionada.
- Privar del derecho a una muerte digna. Se ha descrito un exceso de cuidados paliativos, y lo contrario, un déficit de atención paliativa (18).
- Discriminación por edad (edadismo) o exclusión por edad al derecho a una asistencia sanitaria hospitalaria o a una UCI: en Geriatría no se tiene en cuenta la edad cronológica para la toma de decisiones en ningún caso (no ha habido ningún protocolo de Geriatría que haya incluido la edad en la toma de decisiones).
- Discriminación por discapacidad: Se ha hablado de discapacidad cuando los protocolos médicos hablan de dependencia y NO es lo mismo discapacidad que dependencia. La Ley de Dependencia³⁶ nos aclara esta diferencia, al definir el término DEPENDENCIA como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual y/o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”. O sea, que la clave para ser una persona dependiente estriba en la necesidad de terceras

³⁶ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.

personas para la realización de las actividades de la vida diaria y está relacionada con la falta de autonomía.

Los protocolos nunca han discriminado por discapacidad, sino que los mayores dependientes para todo, que están encamados y tienen demencia avanzada pueden cumplir criterios de terminalidad, en los que hay que priorizar su calidad de vida a la esperanza de vida. La realización de medidas invasivas como una intubación, para una ventilación mecánica, se consideraría encarnizamiento terapéutico, que atentaría el derecho a una calidad de muerte y además sería un tratamiento fútil. Las decisiones médicas se toman de conformidad con necesidades médicas, criterios éticos y en línea con la mejor evidencia científica disponible (19).

Se ha difundido la idea de que se ha discriminado por edad, se ha denegado el derecho a una atención sanitaria adecuada a muchos pacientes, alegando una discriminación por edad o discapacidad. A pesar de ser contradictorio, se ha culpado de hacerlo a los que llevan estudiando y trabajando toda su vida defendiéndola, y por este motivo, las diez sociedades científicas más implicadas emitieron un comunicado corroborando (20):

1. Los profesionales médicos, cumpliendo las normas éticas y deontológicas de la profesión, han tomado decisiones clínicas de elevadísima complejidad, valorando el balance riesgo-beneficio de asignar cualquier terapia o recurso sanitario a cada paciente
2. La situación de crisis sanitaria vivida en el conjunto de centros sanitarios y hospitalarios españoles por el SARS-CoV-2, ha supuesto un alto nivel de presión asistencial pese a no disponer, de todos los recursos óptimos
3. Se ha actuado con criterios ajustados a la evidencia científica disponible y a la praxis médica habitual y el objetivo no ha sido otro que velar por la salud de los pacientes y salvar vidas
4. Se han manejado los criterios éticos y deontológicos de la profesión médica de cara a que, en cualquier centro sanitario u hospitalario, y en función de la disponibilidad de recursos, se procurase para el paciente SIEMPRE la mejor atención médica posible en este contexto de pandemia

El sensacionalismo mediático está favoreciendo un duelo patológico. Exigir cosas imposibles conduce a la ansiedad (19).

15. INTERVENCIÓN A LARGO PLAZO

La infección por SARS-CoV-2 ha puesto en evidencia al débil, a la población generosa/noble y a los opuestos que han buscado motivar el logro personal o se han aprovechado del contexto para buscar su beneficio. Hay que aprender de los errores de forma constructiva y con responsabilidad ética.

La justicia, concebida deontológicamente, exige como su otra cara imprescindible, la solidaridad. Y ésta, que realmente es el vínculo afectivo de los seres humanos, es una virtud necesaria como compensación y complemento de las insuficiencias de la justicia. Por ello, en el contexto actual, el modo de hacer frente a las graves situaciones de incertidumbre, fragilidad y vulnerabilidad de las personas en esta pandemia, y de cara al futuro, debería ser el de la ética de la justicia y del cuidado, de la justicia y la solidaridad, como ingredientes de una ‘ética de la razón cordial’, en conocidas palabras de Adela Cortina (19).

Es una oportunidad de cambio, de aprender de lo sucedido, con nuevos valores, más fortalecidos y con un nuevo modelo de desarrollo mejor al previo a la pandemia (8,9,19,21).

Así que, esperemos que las recomendaciones citadas y todo lo sucedido, que ha evidenciado lo frágil y mejorable, sirva para lograr el cambio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comas-Herrera A, Zalakain J. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: Early international evidence. LTCcovid.org. 2020. Disponible en: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/10/Mortality-associated-with-COVID-among-people-living-in-care-homes-14-October-2020-5.pdf>
2. Amblàs-Novellas J, Gómez-Batiste X; en representación de los profesionales y organizaciones que han participado en el consenso. Clinical and ethical recommendations for decision-making in nursing homes in the context of the COVID-19 crisis. Med Clin (Barc). 2020 Oct 23;155(8):356-359.
3. Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC, Nikolaus T, Topinkova E, Tosato M, Liperoti R, Landi F, Bernabei R, SHELTER project. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. BMC Health Serv Res. 2012 Jan 9; 12():5.
4. Documento de propuesta de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) para actuación en residencias de mayores por el COVID19, 18 de marzo 2020. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/aislaryafueraderesidencias.pdf>
5. British Geriatrics Society. Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people. British Geriatrics Society. 2020. Disponible en: <https://www.bgs.org.uk/resources/covid-19-managing-the-covid-19-pandemic-in-care-homes>
6. D’Adamo H, Yoshikawa T, Ouslander JG. Coronavirus disease 2019 in geriatrics and long-term care: The ABCDs of COVID-19. J Am Geriatr Soc. 2020, <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.16445>.

7. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med* 2020; 382:2081-2090. DOI: 10.1056/NEJMoa2008457.
8. Posicionamiento y propuestas de actuación en centros residenciales y sociosanitarios – Web. (24/03/2020) <https://www.segg.es/media/descargas/residencias-centros-sanitarios-vulnerables-covid-19.pdf>
9. Estudio comparativo de las normativas de residencias para personas mayores en España. (11/06/2020). https://www.segg.es/media/descargas/Cuadro_resumen_SEGG_Normativa_Residencias_Rev.17junio2020.pdf
10. O'Neill D, Briggs R, Holmerová I, et al. COVID-19 highlights the need for universal adoption of standards of medical care for physicians in nursing homes in Europe. *Eur Geriatr Med.* 2020;11(4):645-650. doi:10.1007/s41999-020-00347-6
11. Emanuel EJ, Persad GJD, Upshur R, Thome B, Parker M, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19, *N Engl J Med* 2020; 382:2049-2055. DOI: 10.1056/NEJMsb2005114
12. Declaración del Comité de Bioética de España 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. 15 de Abril 2020. http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE_Declaracion_sobre_acompanamiento_COVID19.pdf
13. Recomendación CM/Rec (2014)2 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores (adoptada por el Comité de Ministros el 19 de febrero de 2014 durante la 119 2ª reunión de viceministros). Recomendaciones núms. 9 y 10.
14. Programa de ejercicios para mayores durante el brote de COVID-19. SEGG. 2020. https://www.segg.es/media/descargas/ejercicios_mayores_covid19.pdf
15. Alianza Científico-profesional para el Estado de Bienestar (ACEB). Documento de Cohesión De Los Servicios Sociales Y Sanitarios Para La Atención A La Población Sociosanitaria. 21 de Febrero 2019. Disponible: <http://www.alianzaestadobienestar.com/images/Documentos/ACEBCohesionSanidadyServiciosSocialesAtencionSociosanitaria21feb2019.pdf>
16. Informe del Comité de Bioética de España sobre los requisitos ético-legales en la investigación con datos de salud y muestras biológicas en el marco de la pandemia de COVID-19. 28 de Abril de 2020. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20investigacion%20COVID-19.pdf>
17. Soiza RL, Scicluna C, Thomson EC. Efficacy and safety of COVID-19 vaccines in older people. *Age and Ageing*, afaa274, <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa274>
18. Radbruch L, Knäul FM, de Lima L, de Jongheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *Lancet.* 2020;395:1467–9, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30964-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30964-8).
19. 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 2020. Disponible: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>
20. Comunicado de 10 sociedades médicas sobre la priorización de asistencia a pacientes COVID-19 (19/06/2020). Disponible en: <https://www.segg.es/actualidad-segg/covid-19>.
21. WHO Global strategy and action plan on ageing and health of the World Health Organization. WHO. 2016;1:12–18.

¿HEMOS CUIDADO BIEN A NUESTROS PROFESIONALES SANITARIOS?

MARÍA LUISA RODRÍGUEZ DE LA PINTA³⁷

INTRODUCCIÓN

La historia de esta pandemia, en el interior de los centros sanitarios, ha atravesado diferentes fases desde el día 11 de marzo, en que la Organización Mundial de la Salud declaró situación de Pandemia mundial. En la primera fase, la intensidad de trabajo fue muy alto, algunos sanitarios trabajaron sin descanso, un día tras otro; se trabajó en equipo y desde el inicio se contó con la colaboración de compañeros de otros servicios que habían visto disminuida su actividad laboral. Además, a la fuerza de los trabajadores, se unió el apoyo y reconocimiento de la población.

Pero nos enfrentamos a una enfermedad desconocida en cuanto a manifestaciones clínicas y tratamiento, los casos aumentaban de forma alarmante y los sanitarios seguían trabajando a un ritmo altísimo y en muchos casos sin las medidas de protección adecuadas, y llegó el difícil momento de tomar decisiones muy duras, desde el punto de vista ético. A la situación laboral de los sanitarios se unieron aspectos personales, el miedo a llevar la enfermedad a casa y contagiar a los suyos.

Después de una fase de mejoría, en la que disminuyó el número de casos rápidamente, y ante la incredulidad de todos, los casos volvieron a subir pero, ya en esta segunda ola de pandemia, los sanitarios estaban muy cansados física y psicológicamente, y además no tenían el reconocimiento social, la sociedad comenzaba a quejarse del mal funcionamiento de la Atención Primaria, de la falta de atención a los pacientes crónicos, el retraso en pruebas consultas, etc.

³⁷ [Referencia Bibliográfica] Rodríguez de la Pinta M^aL ¿Hemos cuidado bien a nuestros mayores? En: Libro de Ponencias de los VI Encuentros en Bioética Puerta de Hierro. Majadahonda 15 y 17 de diciembre de 2020. Majadahonda: Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria; 2020:91-98.

Simplemente, haciendo un repaso rápido por las diferentes fases de la pandemia vemos que claramente los trabajadores sanitarios han necesitado y necesitan en el momento actual ser cuidados.

¿QUÉ HEMOS HECHO PARA CUIDAR A NUESTROS SANITARIOS?

El Ministerio de Sanidad, con fecha 2 de abril de 2020, publica el *Informe sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: SARS-CoV-2*, en el que afirma que:

La pandemia del virus SARS-CoV-2 está ocasionando una crisis sanitaria de gran envergadura por el número de personas infectadas, que suponen un riesgo para el resto de la población, y por el número elevado de personas que enferman y requieren cuidados sanitarios, con mucha frecuencia hospitalarios y críticos. [...] las medidas que se adopten estarán presididas por los principios de equidad, no discriminación, solidaridad, justicia, proporcionalidad y transparencia [...] la Ética no puede dejarse de lado durante una catástrofe de salud pública, como lo es una pandemia de las características del SARS-CoV-2.

Este documento nos indica que el Ministerio está alineado con los principios éticos. En relación con el cuidado a los profesionales sanitarios, a continuación, destaco alguno de los puntos principales recogidos en este informe:

1º “Debe garantizarse la disponibilidad de Equipos de Protección Individual homologados por parte de todos los colectivos profesionales implicados en la lucha en primera línea contra la pandemia SARS-CoV-2 (profesionales de los centros sanitarios, agentes de la policía, miembros del ejército, etc.)”.

En relación con este punto, en los centros sanitarios hubo falta de equipos de protección individual (EPI) y no existió control sobre los EPI que llegaban a los centros de trabajo. Se retiraron equipos de protección que se habían distribuido en los diferentes centros de trabajo y que no cumplían con los requisitos exigidos para dichos equipos.

Como ejemplo de lo anteriormente expuesto, con fecha 13 de abril de 2020, el Centro Nacional de Medios de Protección, emitió un informe sobre las mascarillas autofiltrantes frente a partículas Garry Galaxy en envoltorio color verde, en el que concluye que “no cumplen con ninguna clasificación indicada en la Norma UNE-3N- 149:201+A1:2010, y por tanto tales equipos de protección individual no reúnen los requisitos mínimos para garantizar el fin de protección inicialmente previsto”.

Desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), se solicitó a la Dirección del Hospital un informe sobre la distribución de este equipo de protección en el hospital, las fechas de distribución, los servicios en los que se había distribuido y la cantidad de equipos distribuidos. También se hizo una búsqueda activa de casos solicitando a los mandos intermedios del hospital el listado de los trabajadores que habían utilizado este equipo.

A partir de los datos obtenidos, desde el SPRL se contactó telefónicamente o por correo electrónico con los trabajadores afectados, con el fin de obtener la información necesaria en relación con este hecho, realizar una evaluación clínica y solicitar, en los casos indicados, las pruebas diagnósticas pertinentes.

En el registro, se recogió información sobre categoría profesional, servicio, fecha de último uso de esta mascarilla, tareas realizadas por el trabajador mientras utilizaba este equipo de protección y la existencia o no de clínica compatible con enfermedad por nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Se contactó con un total de 449 trabajadores, actuándose de forma individualizada con cada uno de ellos.

¿Qué se ha hecho en relación con los Equipos de protección individual?

Desde la Dirección General de Gestión Económica-Financiera y Farmacia, el 18 de mayo de 2020, se crea un Grupo de Trabajo constituido por 8 Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales y 2 Médicos del Trabajo, coordinados por la Subdirectora General, con el objetivo de establecer la organización y metodología a seguir para la gestión de las consultas realizadas por las direcciones de los centros sanitarios sobre el cumplimiento de la normativa requerida de los EPI, que estaban siendo suministrados durante la pandemia por COVID-19.

Los EPI que no cumplían con la normativa vigente y no reunían los requisitos técnicos exigidos eran remitidos al Centro Nacional de Medios de Protección y, hasta no tener su dictamen, eran retirados de los centros de trabajo.

Se elaboró una base de datos común para todos los centros sanitarios pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), donde estaban recogidos los EPI que estaban autorizados para su uso. Se revisaron las dotaciones de EPI y se retiraron los que no estaban en dicho listado. Finalmente, se elaboraron los pliegos de los concursos públicos de adquisición de EPI en la Comunidad de Madrid.

2º. “Debe realizarse, por los gestores de los servicios sanitarios, una planificación de la actividad laboral de los profesionales sanitarios en el presente contexto de pandemia SARSCoV-2”

Este es el segundo punto destacable del documento ministerial, en relación con el cuidado a los profesionales sanitarios. El texto sigue especificando que, a la vez que se garantice la mejor atención posible a los pacientes, hay que garantizar adecuados niveles de descanso físico a los profesionales con el fin de garantizar la continuidad asistencial. En la medida en que las necesidades asistenciales y la eventual existencia de personal sanitario de baja (fundamentalmente, causadas por el impacto de la pandemia SARS-CoV-2 en el propio personal sanitario) lo requieran, deberá llevarse a cabo una política de reclutamiento de profesionales sanitarios entre colectivos como personal jubilado, residentes, desempleados, profesionales no comunitarios pendiente de convalidación de títulos, etc. En particular, la opción de incorporación de personal jubilado debe valorarse con la máxima cautela con la finalidad de evitar un riesgo de contagio de personas que, por razón de edad, pueden constituir un colectivo vulnerable”

El número de efectivos era insuficiente antes de la pandemia en la Comunidad de Madrid, y cuando se quiso iniciar la contratación no había recursos humanos disponibles. Además el número de efectivos disminuyó todavía más por el alto número de trabajadores que enfermaron por COVID-19.

Entre el día 24 de abril y el 8 de mayo se realizó un estudio de seroprevalencia de infección por COVID19 en los trabajadores del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM). Las pruebas serológicas se realizaron a todos los profesionales sanitarios que de forma voluntaria aceptaron participar en este estudio. Se incluyeron trabajadores del SERMAS, de la Sociedad Concesionaria y del Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro-Segovia de Arana. La prevalencia de serología positiva para COVID19 fue de un 17,9 % en los trabajadores del SERMAS.

La falta de previsión en cuanto a recursos humanos durante esta pandemia, ha llevado a los trabajadores sanitarios a situaciones de agotamiento físico y mental, jornadas de trabajo interminables y semanas que se sucedían sin periodos de descanso.

¿Qué se ha hecho en relación con este tema?

Se han llevado a cabo los contratos COVID, renovados a 30 de junio de 2021, que nos ha permitido a muchos servicios dar mejor atención a los pacientes y en nuestro caso particular como Servicio de Prevención a los trabajadores.

3º. “Debe garantizarse, el adecuado apoyo psicológico a los profesionales sanitarios en el contexto presente con el fin de evitar o minimizar las consecuencias que sobre su salud mental puede tener una situación de estrés laboral como la actual a corto y medio plazo (burn out)”

En tercer lugar, vemos que el documento ministerial habla de la atención psicológica a los profesionales sanitarios. La pandemia ha enfrentado a los trabajadores sanitarios a un importante dolor emocional. La Sociedad Española de Psiquiatría³⁸ ha publicado un documento centrado en el cuidado de la salud mental del personal sanitario y enumera los retos a los que se enfrentan los sanitarios en esta crisis:

- ✓ Desbordamiento en la demanda Asistencial.
- ✓ Mayor riesgo de contraer la enfermedad y transmitirla a familiares, amigos y otras personas en el trabajo.
- ✓ Equipos de protección insuficientes e incómodos.
- ✓ Proporcionar apoyo y atención sanitaria.
- ✓ Gran estrés en las zonas de atención directa.
- ✓ Exposición al desconsuelo de las familias.
- ✓ Dilemas éticos y morales.

En el mismo documento indica que las reacciones posibles en situaciones de estrés intenso serán principalmente:

- ✓ **Conductuales:** Hiperactividad, aislamiento, dificultad para el autocuidado, dificultad para desconectar del trabajo, etc.
- ✓ **Físicas:** Dificultades respiratorias, contracturas musculares, taquicardias, agotamiento físico, insomnio y alteraciones del apetito, etc.

³⁸ Documentos sobre COVID-19 de la Sociedad Española de Psiquiatría. Disponibles en: http://www.sepsiq.org/informacion_salud_mental. Acceso el 2 de diciembre de 2020.

✓ **Cognitivas:** Confusión, dificultades de concentración para tomar decisiones, dificultades de memoria, etc.

✓ **Emocionales:** Ansiedad, frustración, culpa, irritabilidad, tristeza, etc.

Los datos que tenemos disponibles nos confirman la necesidad de cuidado que tienen los trabajadores sanitarios: ha disminuido su capacidad de autocuidado, no descansan correctamente, tienen trastornos del apetito, tienen dificultades para concentrarse y tomar decisiones, lo que les lleva a la ansiedad, frustración, sentimiento de culpa y tristeza. La necesidad de atención psicológica ha sido incluso más patente en esta segunda ola, o quizá, en esta ocasión, el trabajador lo ha demandando de una forma más clara.

¿Qué se ha hecho ante esta situación?

Desde el Servicio de Psiquiatría se difundieron pautas para el manejo del estrés para profesionales sanitarios: higiene psicológica ante COVID-19. En este documento, se hacía hincapié en la importancia de identificar síntomas sugestivos de estrés y cómo manejar estos síntomas.

Se ha contratado personal especializado (psiquiatras y psicólogos) para dar atención directa a los trabajadores más afectados y hemos contado con los profesionales de la Unidad de Valoración y Orientación del Personal Sanitario Enfermo (UVOPSE) y con los profesionales del Programa de Atención al Médico Enfermo (PAIME).

Además, los profesionales sanitarios, han necesitado cuidados dirigidos a su salud física, detección precoz de enfermedad (poniendo a su disposición las pruebas diagnósticas necesarias), indicación de aislamiento y baja laboral, seguimiento de su estado de salud durante el proceso de enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2, derivación en los casos de mala evolución a los centros hospitalarios, indicación de reincorporación a su puesto de trabajo y derivación a las consultas especializadas, para el tratamiento y seguimiento de secuelas.

Esta actividad se ha llevado a cabo desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales que también han realizado la detección y cuidado de los trabajadores especialmente sensibles en relación a la infección de coronavirus SARS-CoV-2.

4º. “Constituye un imperativo moral proporcionar a los profesionales facultativos unos criterios orientadores claros y sencillos, que al mismo tiempo no se conviertan en una trampa para quienes deban tomar las decisiones, de modo que pudieran sugerir o promover indebidamente decisiones automáticas, rutinarias y despersonalizadas”

El último punto que destaco, en relación con el cuidado de los trabajadores sanitarios, es el que hace referencia a los aspectos éticos. El texto sigue especificando que:

“El equipo médico responsable del paciente es el que deberá asumir las implicaciones de su decisión, por lo que un tercero no es idóneo para imponerle su criterio, salvo que esté también involucrado en la asistencia de ese paciente. Es recomendable solicitar o recibir orientaciones, por ejemplo, del Comité de Ética Asistencial del mismo hospital, siempre que sea posible por el tiempo disponible, o de otros facultativos con mayor experiencia y madurez, incluso constituidos en comité *ad hoc*”.

Los profesionales se han visto solos para tomar decisiones difíciles y han tenido que hacer frente a los conflictos éticos que se han presentado a lo largo de esta pandemia en relación con los principios éticos de:

- ✓ **Beneficencia**, el dilema al proporcionar o no pruebas diagnósticas, discontinuidad asistencial en pacientes crónicos.
- ✓ **No maleficencia**, el dilema con el «encarnizamiento terapéutico» o empleo de tratamientos no aprobados en ficha técnica.
- ✓ **Autonomía**, se ha afectado la capacidad de decidir libremente.
- ✓ **Justicia**, el dilema para distribuir recursos. Incidiendo en este aspecto, los trabajadores sanitarios han tenido que hacer frente a la priorización de la asignación de unos recursos escasos para dar unos cuidados de calidad y maximizar su utilidad.
- ✓ **Conflicto entre cuidado del paciente y autocuidado** (no disponer o ser insuficientes los equipos de protección).
- ✓ El deber de asistir a los pacientes cuando se carece de las **competencias específicas** para hacerlo.
- ✓ **Los derechos del paciente** a la información, consentimiento, acompañamiento y asistencia espiritual o religiosa.

¿Qué se ha hecho para dar apoyo a los profesionales sanitarios en relación con este tema?

El día 30 de marzo, el Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda crea un Servicio de Consultoría con el objetivo de dar respuesta a los conflictos que pudieran generarse durante la pandemia.

De esta manera los profesionales del CEAS se pusieron a disposición de todos los profesionales sanitarios, familiares y pacientes para colaborar con ellos en la toma de decisiones que generen conflictos bioéticos en torno a la asistencia a pacientes con coronavirus. Hay un Comité Permanente, cuyos miembros serán los que ejercerán de consultores para llevar a cabo esta actividad.

CONCLUSIONES

1ª En esta pandemia hemos demostrado nuestros mejores principios: justicia, solidaridad, equidad, transparencia, y reciprocidad.

2ª Los responsables sanitarios deberían ofrecer mensajes claros, manejar adecuadamente las expectativas, clarificar los turnos de trabajo y ofrecer suficientes recursos y equipos de protección.

3ª Para que los sanitarios mantengan su bienestar y resiliencia durante la pandemia, los responsables deberían vigilar el bienestar de sus profesionales y preocuparse proactivamente de su seguridad y salud

4ª Los sanitarios deberíamos contar con una formación ética, deberíamos conocer la deliberación como herramienta de trabajo que nos permitiera realizar mejor nuestro trabajo y tomar las decisiones adecuadas. Educar en la deliberación

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: SARS-CoV-2.
2. Gracia, D., “Problemas con la deliberación”, en Revista Folia Humanist 2016; 3:1-16.
3. Gestión emocional en la pandemia COVID19: Planes de cuidados específicos para profesionales en entornos sanitarios <https://sedisa.net/experiencia/gestion-emocional-en-la-pandemia-covid19-plan-de-cuidados-especificos-para-profesionales-en-entornos-sanitarios/>
4. Cuidando la salud mental del Profesional Sanitario. Sociedad Española de Psiquiatría.
5. Aspectos éticos de la gestión de la pandemia de SARS-CoV-2. Asociación Madrileña de Calidad Asistencial. Grupo de trabajo AMCA 10 de diciembre 2020.

BIEN COMÚN Y SOCIEDAD

DANIEL GIL MARTORELL³⁹

“La única parte de la conducta de cada uno por la que él es responsable ante la sociedad es la que se refiera a los demás. En la parte que concierne meramente a él, su independencia es, de derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu, el individuo es soberano”.
John Stuart Mill

“Estamos atrapados en una red ineludible de reciprocidad, ligados en el tejido único del destino. Cuando algo afecta a una persona de forma directa, afecta indirectamente a todas”
Martin Luther King

BIEN COMÚN, ACTUALIDAD PARA EL ANÁLISIS DE LA PANDEMIA DE COVID-19

La idea del “bien común” ha tenido un largo recorrido histórico desde los filósofos de la Grecia clásica, Platón y Aristóteles y, posteriormente, con los filósofos cristianos de la Edad Media como San Agustín o Santo Tomás y las corrientes personalistas de la filosofía, pero poco a poco deja de tener presencia en la reflexión ética de la época contemporánea y se va sustituyendo por otros conceptos como interés común, bien público. Retoma con fuerza en los últimos tiempos a partir de distintos factores como la necesidad de establecer lo común en sociedades pluriculturales, la importancia de la participación, la respuesta a la globalización desde comunidades “locales”, el debate sobre las democracias representativas y la participación, la interconexión derivada de las redes sociales, el enfrentamiento a problemas mundiales como la crisis climática que nos afectan colectivamente desde lo mundial a lo local o la necesidad de solución pacífica y justa de los conflictos. Distintos elementos que recuperan el pensamiento del bien común como “concepto motor” del análisis y transformación de los contextos sociales.

La noción del bien común está disfrutando de una especie de resurrección. A la postre de una lenta erosión durante el siglo XIX, la idea quedó prácticamente abandonada después de la segunda Guerra Mundial. No

³⁹ [Referencia Bibliográfica]. Gil Martorell D. Bien común y sociedad. En: Libro de Ponencias de los VI Encuentros en Bioética Puerta de Hierro. Majadahonda 15 y 17 de diciembre de 2020. Majadahonda: Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria; 2020:99-118.

obstante, el inicio del siglo XXI ve que la noción cobra nuevamente importancia (...) la noción no sólo es pertinente para el siglo XXI, sino que ofrece un verdadero camino a seguir. (Nebel, 2018, p. 32).

Nos estamos refiriendo, por tanto, a una antigua noción filosófica que en la reflexión actual podemos concretar como la expresión del bien que compartimos como personas en cuanto formamos parte de una comunidad y que a la vez es un bien común en cuanto las personas de dicha comunidad actúan conjuntamente con la finalidad de conseguir dicho bien. El significativo bien implica siempre una valoración individual y se convierte en común cuando decidimos que nos afecta como comunidad (en común), siendo un fin que conseguir. La salud cumple ese carácter de bien común, como tal lo hemos definido en nuestra sociedad y desde esa premisa planteo mi análisis: la salud como bien común y su interrelación con la sociedad.

Durante la pandemia que estamos viviendo, la idea de sentir y comprender que por encima de las acciones individuales existe un bien común a defender y construir, se nos ha puesto claramente frente a nosotros en cada acción de la vida cotidiana o profesional a la que nos hemos enfrentado. Tenemos muchos ejemplos: la necesidad u obligación de ponernos la mascarilla, no para protección personal sino para protección de los demás; los procesos de priorización de bienes comunes antes situaciones de escasez a los que nos estamos enfrentando, tanto desde la salud como desde el ámbito de lo social; los confinamientos y su impacto en la economía personal y colectiva; el estado de alarma. Elementos que nos plantean necesariamente la tensión entre la libertad individual, y el bien común (Quiroga, 2020).

La idea de un bien común, en un contexto como el actual, nos enfrenta, ante todo, a esa frase tan repetida: “o estamos todos a salvo o no lo estaremos ninguno”. La pandemia ha resaltado la importancia de la interconexión entre las personas, nos ha puesto frente al hecho real e indudable de que el hombre es un “ser social” en su sentido pleno. Cuestión que quizás hemos dado por “sobreentendida” o “abandonada” en tiempos de individualismo, aislamiento, pérdida de lazos comunitarios... En esta sociedad no nos damos cuenta de hasta qué punto dependemos unos de otros. La idea de la autonomía y la individualidad de la posmodernidad es ilusoria, vivimos entramados en una red de redes donde nuestras vidas están interconectadas (Vicente, 2018).

Conseguir que el bien común y el individual coincidan es el reto cotidiano y quizás el más importante al que nos estamos enfrentando. Si podemos concretar, centrar en la práctica del día a día, “operativizar”, esta idea en nuestra actividad profesional podremos dar pequeños pasos en esa

meta más amplia y general a la que nos puede remitir un concepto tan amplio como el bien común. Desde mi mirada social y como profesional del ámbito de la salud, voy a intentar plantear elementos de análisis desde la práctica, desde los conflictos vividos en la interrelación entre lo social y lo sanitario a la hora de trabajar con una idea de bien común en torno a la salud y su pérdida colectiva e individual a la que nos ha expuesto la pandemia.

Es importante señalar que este debate no es algo que haya aparecido de manera súbita con la pandemia, la necesidad de pensar en la salud como un bien común y qué repercusiones puede tener tanto en la política sanitaria como en la acción de los profesionales viene de largo y es previa a esta crisis. Como comenta Victoria Camps en la presentación de Daniel Callahan:

Los individuos no viven aislados, sino en sociedad, y tienen que compartir bienes y oportunidades de un modo justo y equitativo para que nadie quede excluido de lo que se considera necesario e imprescindible para todos. En materia sanitaria, el problema de hacer compatible los deseos individuales y lo que debe ser común y accesible a todos se agrava dado que las necesidades crecen desmesuradamente y los recursos son escasos para satisfacerlas completamente (2009, p. 7).

Tampoco nos estamos refiriendo a un debate puramente teórico, es un debate que implica principalmente un acercamiento pragmático a la creación y mantenimiento de bienes públicos (comunes) cuyo valor es intangible, bienes como la salud, la educación, la cultura, el medio ambiente. Enfoque pragmático que remarca el Banco Mundial cuando define el buen gobierno, en términos de Nebel, como el “ejercicio del poder político para el bien común” (2018).

Esta visión pragmática nos debe permitir comprender que el virus no ha “creado” nada nuevo, ha evidenciado las dificultades y las fortalezas que ya teníamos previamente. El virus no ha dictado normas, no ha salido a la calle a ayudar a un vecino, no ha establecido redes de soporte social, no ha organizado la atención primaria de salud... Hemos sido nosotros con nuestras decisiones y acciones. Han sido acciones profesionales y políticas que responden a un marco determinado. Si hemos conseguido, o no, transmitir una idea de bien común y responsabilidad individual en torno a la salud, depende de cómo teníamos definido “entre todos” ese espacio y qué estructuras sociales lo convertían realmente en un bien común, en algo “sentido” comunitariamente. Es de gran utilidad para comprender estos elementos previos la idea de “sustrato” que desarrollan en su libro Padilla y Gullón (2020), titulado *Epidemiocracia*.

BIEN COMÚN DESDE LA ACCIÓN Y LA PRAXIS

El concepto de bien común nos remite a una mirada ética, a la idea de que el ser humano tiene un fin (bien) al que tiende de manera natural, un bien que se asocia al pleno desarrollo del individuo. No quiero centrarme en una mirada tan global, aunque inevitablemente todos acabamos en una reflexión de esa índole, sino desde un planteamiento en el que las personas nos construimos como tales desde la acción, desde la transformación del entorno que nos rodea, la persona actuando sobre su entorno lo transforma y se transforma a sí misma. Es una mirada esencialmente práctica, que responde a mi actividad como profesional de la acción, como trabajador social, y a una visión de la filosofía y la ética como reflexiones desde la praxis.

Podemos decir, que es la misma necesidad de actuar en común para conseguir un fin y la creación de una comunidad de individuos en torno a dicha acción, lo que origina la vida en sociedad del ser humano. Como explica, el ya mencionado Nebel, en toda comunidad surge la cuestión del bien común, la pregunta por cuales son las necesidades comunes, que bienes tiene valor comunitario, que tenemos que hacer para conseguirlo. Es la acción compartida la que define por tanto el bien común, es la praxis la que nos permite “tocar” un concepto en cierta forma intangible. Es aquello que hacemos para proteger, promover y tratar la salud de los individuos y las comunidades los que nos permite comprender la salud (el concepto intangible) como un bien común.

Si nos situamos en esta visión pragmática del bien común, debemos intentar comprender desde qué sustrato social hemos decidido definir la salud como bien común y qué elementos han entrado en colisión obligándonos a reinventarnos desde la reflexión personal y profesional. Porque en la pandemia lo que ha quedado claro es que no podemos separar lo personal de lo profesional, ni lo individual de lo social. Como profesionales se nos pide que busquemos soluciones biográficas a contradicciones sistémicas, que busquemos la salvación individual a problemas compartidos (Vicente, 2018). Sabemos que nos relacionamos con una persona, con un paciente, pero detrás hay determinantes sociales, elementos sistémicos que influyen directamente en la acción y responsabilidad del individuo.

En este sentido el bien común tiene que ver con la acción, con la forma en que se generan y prosperan nuestras interacciones sociales (Nebel, 2018), con la forma en la que construimos nuestras estructuras como comunidad y damos respuesta a las necesidades colectivas. El bien común se encuentra como principio regulador de la acción común, de la cooperación, está implícito

en todas las acciones que realizamos en el ámbito público y por tanto en todas las acciones que guían nuestra acción profesional. Todo objetivo común, en nuestra reflexión la salud y su protección, genera una acción y una estructura que busca su consecución y a su vez este objetivo nos construye como sociedad. La salud desde esta perspectiva se convierte en una meta y en una posibilidad de acción. La comprensión de la salud como un bien común a conseguir y las acciones que realizamos para ello nos constituyen como sociedad. La sociedad española decidió definir la salud como un derecho constitucional y generar una estructura de sistema nacional de salud para tal fin, todos esos hechos nos han ido también construyendo como sociedad (formación, empleo, valores, cuidados). Definición distinta a la de otras sociedades, como por ejemplo la norteamericana, que construye sus estructuras de salud desde una lógica distinta, que prioriza otros bienes comunes por encima de la salud.

Este objetivo que conseguir es siempre frágil porque el compromiso colectivo lo es, porque las estructuras sociales que sustentan la acción para conseguirlo lo son también. En estos momentos quizás tengamos sociedades frágiles, interacciones personales frágiles. Hemos construido sociedades con vínculos comunitarios débiles con una cierta “añoranza” de aquellas comunidades “ideales” que compartían bosques, estructuras de producción, escuelas. Esas comunidades ejercían un mayor control sobre los individuos y ahora hemos ganado libertad y pluralidad, debemos conseguir mantener la tensión entre la fragilidad y la libertad. Sociedades como la china mantienen vínculos comunitarios de control más fuertes que las sociedades europeas. Igualmente, estructuras políticas dictatoriales pueden definir un bien común (sin entrar a discutir si es común en sentido estricto) con capacidad de estructurar acciones de manera muy rápida. Una democracia debe construir ese bien común desde la participación, la libertad individual y el consenso con lo que las acciones pueden tardar más. Esta tensión se ha visto claramente durante la pandemia y la respuesta de los distintos países a la misma.

Como hemos visto con Nebel, todo bien común debe tener un significado compartido entre los miembros de la comunidad, un beneficio para todos y un orden o estructura que lo defina, estos tres elementos son también frágiles: puede haber miradas opuestas sobre la definición de algo como un bien común, no vivirse por todo el mundo como un beneficio o no compartir las acciones para implementarlo. Fragilidad y tensión que se ha hecho palpable durante la pandemia.

Este planteamiento nos permite enfrentarnos a elementos claves que afectan a la construcción de un bien común como la salud de una comunidad: la equidad, la solidaridad, la participación ciudadana, la humanización, la comunicación, la autonomía del paciente.

Enfrentar la pandemia con éxito supone inevitablemente cooperación y sacrificios compartidos. Nos hace ver que nuestros destinos están entrelazados, que si el otro que tenemos en frente no tiene una adecuada atención médica, una posibilidad de realizar adecuadamente un confinamiento, una vivienda... eso afectará a nuestra salud.

LA SALUD COMO BIEN COMÚN Y SU RELACIÓN CON OTROS BIENES COMUNES

En la mitad del siglo pasado, en torno a 1950, surgieron a nivel internacional diversas declaraciones que defendían los Derechos Fundamentales del Ser humano, esto es, derechos positivos, inherentes a la propia naturaleza del hombre, que bajo ningún concepto debían ser cuestionados y que todos los seres humanos debían gozar. El derecho a la salud fue indiscutiblemente uno de esos derechos fundamentales y básicos. Sin él, es difícil o imposible acceder a otros derechos más complejos como los sociales o políticos.

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se establece explícitamente que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.” (OMS, 2014).

El derecho a la salud aparece entre los derechos fundamentales en muchas de las constituciones de distintos países y como tal es asumido por las estructuras sociales y políticas de estos. La Constitución Española en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y asume que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Posteriormente se desarrolla la Ley General de Sanidad generando una estructura de rango nacional y autonómico para universalizar dicho derecho desde la creación de un Sistema Nacional de Salud.

Desde este punto de partida asumimos que el bien común es el presupuesto y el desarrollo de la sociedad, que se materializa en los derechos humanos. Los derechos fundamentales son los derechos humanos, que se imponen como un modelo de referencia, tanto en el orden normativo como político. De esta manera los derechos humanos y los derechos reconocidos como subjetivos

en las distintas constituciones nos remiten a la concreción de un bien común ya definido socialmente. El bien común se estructura, se construye, en torno al derecho de todas las personas a un acceso justo a la salud, la alimentación, la vivienda, la educación, la información, a una vida libre de violencia, a la participación democrática a la cultura. (Quiroga, 2020).

Este marco de derechos nos permite comprender la salud como un bien común, como algo que así definimos entre todos, que valoramos como algo bueno y nos organizamos para ejecutar las acciones que nos permiten implementarlo como un fin. Asumimos las acciones que buscan conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud, mediante la promoción y protección de este derecho, a lo largo de toda la vida.

Esta concepción de la salud como bien común se apoya en tres valores:

- ✓ La salud como derecho fundamental de los seres humanos.
- ✓ La equidad, en materia de salud y solidaridad de acción en la comunidad.
- ✓ La participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades en la consecución del bien (la salud).

Debemos tener en cuenta que un mismo bien, como la salud, puede ser considerado un bien público (cuando el acceso es universal y gratuito), pero también un bien club (mediante formas de copago) o un bien privado (cuando se privatiza).

Pero la salud no es el único bien común que podríamos definir. La misma constitución reconoce otros “bienes” a desarrollar que no tienen el mismo reconocimiento social, que no son compartidos o sentidos de la misma manera. Los distintos bienes se interrelacionan y se construyen recíprocamente con nexos comunes. Lo podemos observar con la relación entre la educación y la salud o entre el derecho a la vivienda y la salud.

De esta interrelación podemos analizar ciertas cuestiones que nos hacen reflexionar sobre ciertas respuestas, dadas en torno a la salud durante la pandemia:

- ✓ En primer lugar, la salud no es un derecho fundamental, se encuentra dentro de los “los principios rectores de la política social y económica” a diferencia de la educación o la propiedad privada que si son reconocidos como derechos fundamentales. Lo que nos hace reflexionar sobre la prioridad en la definición de ciertos bienes.

- ✓ En segundo lugar, si comparamos con otros derechos reconocidos en el mismo apartado que la salud, nos encontramos, por ejemplo, con el derecho a la vivienda que se reconoce en el artículo 47: “todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada”. Es obvia la distinta percepción social de la vivienda o la salud si los definimos ambos como bienes comunes. Esta diferencia en la definición, valoración y organización de distintos bienes que se interrelacionan se ha puesto de manifiesto en la pandemia. Si bien todos asumíamos la salud como un bien a defender no lo tenemos tan claro con la vivienda o el derecho a la alimentación, con lo que se han generado disfunciones en las acciones encaminadas a la consecución de la protección de la salud como en el caso de los confinamientos en domicilio, la atención a personas en situación de sin hogar. Como se plantea en el estudio “cuando la casa nos enferma” de la Asociación Provivienda (2020):

Si queremos garantizar el derecho a la salud de las personas debemos tener en cuenta que uno de los aspectos a garantizar es la disposición de las herramientas necesarias para adaptarse al entorno. Una vez más, queremos subrayar la estrecha relación entre el derecho a la salud y el derecho a la vivienda (p. 8).

Si asociamos el bien común a la lógica de los derechos fundamentales, debemos entrar en el debate de la garantía subjetiva de los derechos sociales (vivienda, protección social, garantía de ingresos...). Ahora mismo se produce un desequilibrio claro entre derechos, entre bienes comunes interconectados. Si estableciéramos un “gradiente” de bienes comunes nos encontraríamos con la educación o la salud en primera división y los derechos sociales cerca del terreno de lo “graciable”. Si una persona se puede morir de hambre en una sociedad o puede acabar viviendo en la calle es porque no existe la percepción, la definición, de la alimentación o la vivienda como bienes comunes. Esto tendrá sus repercusiones a la hora de establecer respuestas sociosanitarias a la pandemia o de establecer discursos apoyados en la responsabilidad individual como elementos de control epidemiológico.

Si entendemos la salud como un bien común y partimos de la definición de la OMS, con sus componentes bio-psico-social y la importancia de los determinantes sociales de la salud debemos asumir que solo será así si la parte psico-social de la ecuación también adquiere ese carácter.

ELEMENTOS PARA EL ANÁLISIS

Desde este análisis, que parte de lo que hacemos para conseguir un bien común, me planteo cuatro elementos de análisis que han dado la cara en la pandemia y han condicionado las respuestas sociales a la misma:

1. El conflicto entre la libertad y la igualdad

¿Dónde termina el derecho de una persona a salir a la calle sin mascarilla y dónde empieza el derecho del otro a no ser infectado? Esta pregunta nos remite al eterno debate entre la libertad individual y la igualdad o, si nos referimos a los principios de la bioética, podríamos plantearlo como el conflicto entre beneficencia y autonomía. Además, este debate se produce en una situación en la que nos enfrentamos a un virus que hace que cualquier acto como ir de compras, recibir atención médica, recoger un paquete implique un acto comunitario en el que actúan múltiples redes de colaboración y cooperación mutua.

Para Bauman estar en comunidad implica el sacrificio de la libertad. Se genera una contraposición entre la relación seguridad/libertad y su vinculación a la noción de comunidad. Si la salud es un bien común, algo compartido en comunidad, inevitablemente en su protección y desarrollo asumimos cierta “pérdida de libertad”.

Sin embargo, el debate está presente en toda acción de salud pública que se toma. Es necesario asumir una libertad responsable que parta de que el bien del otro me hace a mi más libre. Asumir que cumplir un aislamiento evita el contagio de otra persona y permite un mejor desarrollo de mi libertad, al controlar adecuadamente la pandemia. En esencia, que mi libertad solo se desarrolla si también se desarrolla la de los otros.

En principio libertad e igualdad parecen principios enemigos, pero es en democracia donde pueden ir juntos. Es en un proceso de construcción común de significado, de participación democrática, en la que definimos los bienes comunes donde la libertad y la igualdad se retroalimentan en positivo. Es desde la definición de la salud y su protección como algo que nos implica a todos como comunidad, desde donde podemos sentir que la equidad y la libertad suman para la obtención de un bien común como la salud. Un acceso equitativo a la salud y una libertad responsable para su cuidado son los elementos claves para una comunidad más sana. Frente a la COVID-19 el acceso al sistema de salud equitativo, la aplicación de normas igualitarias desde la diversidad y el

consenso y la educación para el ejercicio responsable de la libertad serían los elementos que amortiguarían este debate.

Debate que hemos visto de manera bastante drástica a lo largo de estos meses. “Los valientes son libres”, “egoísta y orgulloso” o “mi cuerpo, mi decisión”, eran pancartas de los manifestantes en EE.UU. contra las decisiones de salud pública que se estaban tomando (mascarillas, confinamientos...), siendo un país donde el debate libertad-igualdad adquiere un matiz mucho más radical y más en temas de salud (seguro universal, sanidad privada...).

Es cierto que hay dos elementos que han influido claramente en este conflicto. Estamos en una situación no prevista, en una emergencia que se ha convertido en crisis. En una situación que nos genera gran cantidad de miedo y de culpa. Son el miedo a contagiarnos y la culpa por contagiar. Estos dos factores también deben estar presentes en el análisis que hagamos.

De pronto, hemos descubierto la vulnerabilidad de un sistema que parecía imparable, que convertía a los ciudadanos en “sujetos luchando constantemente contra su cuerpo y su personalidad en nombre de la auto-optimización” (Hartmut Rosa). Y con ella, nuestra propia vulnerabilidad ha vuelto al primer plano de la conciencia. El miedo, la culpa y el aislamiento. Las tres piezas en la era del coronavirus, ese tira y afloja -- ¿es entre individuos o las comunidades a las que pertenecen? -- vuelve a hacerse ver de una forma renovada, con mucho en juego (...) De pronto descubres que la vida de la gente más cercana puede depender de ti: de un abrazo o de un beso. Y nunca lo podrás saber a ciencia cierta. Esta doble pulsión —la culpa y el miedo— es la que ha hecho aceptar el confinamiento sin chistar. Sin apenas darse cuenta de que se nos estaba limitando la condición de ciudadano (Ramoneda, 2020).

2. Equidad y salud. Los DSS como condicionantes de la salud como bien común

La pandemia nos ha dejado clara la estrecha relación entre la consecución de la salud como bien común y la desigualdad social. Esta crisis sanitaria es claramente una crisis social también. Quizás el principal vector de contagio haya sido la desigualdad social y puede que la evolución del virus en Alemania tenga que ver con su riqueza y su menor desigualdad social, entre otros factores.

Uno de los problemas, sino el principal, que tenemos a la hora de afrontar una pandemia como la que estamos viviendo, desde una lógica de la salud como bien común y desde una perspectiva social es confundir salud y sanidad. Si no tenemos en cuenta los determinantes sociales de la salud como elemento fundamental a la hora de implementar acciones de salud pública no podremos dar una respuesta adecuada y eficaz. Esto es, sin embargo, lo que ha sucedido en gran medida. Se ha asumido la idea de que podíamos vencer al coronavirus con muchos medios sanitarios (hospitales,

UCIS...) sin tener en cuenta las condiciones sociales en las que se estaba desarrollando la pandemia. Si se han tenido en cuenta, desde luego no ha sido en el mismo grado o nivel de implementación que las medidas estrictamente sanitarias.

Enlazando con la libertad individual y la responsabilidad personal en la ejecución de las medidas de prevención, como las mascarillas o los aislamientos, estos no implican solo una decisión personal. Una persona puede ejercer su libertad si tiene los medios para ejercerla. Hacer lo que uno quiere o debe es más fácil cuando uno tiene los medios para lidiar con el impacto de sus actos. Las mascarillas tienen un coste, la vivienda tiene unos metros cuadrados o no se tiene vivienda, la precariedad laboral condiciona nuestra decisión para poder trabajar o no en casa...

Las personas más desfavorecidas, que sufren mayores carencias e inequidades, constituyen grupos vulnerables que no gozan propiamente de capacidades de decisión libre. Su comparación con grupos más favorecidos que gozan de poder de decisión no sería conmensurable. Los primeros no son realmente libres, los segundos gozan de libertad (Ortúzar, 2016, p. 34).

Si ponemos nombre a estas situaciones podemos pensar en una familia compuesta por una madre viuda y dos hijas menores que viven en una habitación en un piso compartido, la madre es empleada de hogar y en un supermercado. Su situación socioeconómica condiciona mucho su capacidad para poder enfrentarse a la pandemia. Reducir las acciones en salud a una prescripción de pautas sanitarias y a la idea de una libertad responsable supone un reduccionismo que nos lleva a fracasar en nuestro objetivo común:

En la actualidad, lo que podríamos llamar la «ideología biomédica dominante» en la sociedad repite una y otra vez con gran insistencia en que las principales causas que producen los problemas de salud de las personas tienen que ver con factores biológicos o con elecciones «personales» como las prácticas dietéticas o el hábito de fumar. Sin embargo, ni los factores genéticos o biológicos explican las diferencias en la salud comunitaria, ni el tipo de alimentación o la adicción al tabaco de cada individuo dependen exclusivamente de una elección libre y personal sino de un complejo entramado de factores culturales, sociales y políticos presentes en cada comunidad (...) es difícil sostener que la salud se elija «libremente. (Benach, 2005).

Sin equidad los miembros de una comunidad no se sienten partícipes del bien común, la pérdida es mayor que lo que supone la consecución del bien. Pero no solo es una equidad en el acceso al derecho y a las condiciones para su desarrollo sino también en la participación para poder definir ese bien. Hay colectivos claramente excluidos de ese espacio de participación y que han sufrido

gran parte de las consecuencias de la pandemia: personas mayores, personas con discapacidad, personas sin hogar...

Ha habido toda una invocación a que la pandemia la íbamos a resolver con más recursos sanitarios (más camas UCI, más hospitales, más pruebas diagnósticas, etc). Son muy importantes, pero si solo te fijas en las respuestas que tienen que ver con los recursos sanitarios y no con las condiciones de vida y relación social que tienen las personas, no consigues buenos resultados. Siempre hemos dicho que la salud, no es lo mismo que la sanidad: que la buena o mala salud está determinada por factores no sanitarios. Además, dentro de la sanidad, no se puede basar una respuesta solo en el hospital. Y esta ha sido una respuesta muy hospitalocentrista, que, en un primer momento, cuando hubo desborde y descontrol de la pandemia, pudo tener sentido para salvar los casos graves. Pero sabíamos que si no tenías un dique de contención antes (atención primaria, salud pública) que evitara eso, era una mala estrategia. Incluso si no tenías un dique de contención a nivel social, que evitara que la gente, por no tener un apoyo social que resolviera sus necesidades básicas, tuviera que ir a trabajar estando enfermo o salir a buscarse la vida, iba a ser un fracaso (Segura, 2020).

No podemos obviar los graves efectos de las desigualdades sociales en la salud de las personas. Clase social y enfermedad no pueden obviarse en el análisis de las prácticas en salud (Vicente, 2018). A este respecto, tenemos dos elementos para el análisis que estaban en el sustrato que definía nuestro bien común:

- ✓ La ley de cuidados inversos enunciada por el médico Julian Tudort Hart (1971) que nos advierte de que el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a su necesidad en la población asistida.
- ✓ El efecto Mateo enunciado por el sociólogo Merton en 1968, con relación a la cita evangélica de Mateo (13.12): “porque a cualquiera que tiene, se le dará, y tendrá más; pero al que no tiene, aun lo que tiene le será quitado “.

Hoy se hace necesario retomar los condicionamientos de clase y los determinantes sociales de la salud, ya que la pobreza en sus diferentes dimensiones y manifestaciones organiza la relación con el otro y por tanto lo común. Pero no solo debemos centrar el análisis y nuestra preocupación en la desigualdad de ingresos, sino también sobre una serie de desigualdades institucionalizadas en nuestra sociedad: por género, por edad, por procedencia, por orientación sexual, por nivel formativo, por discapacidad, por pertenecer a una minoría étnica, por el acceso a la tecnología o a la inaccesibilidad a las TIC... (Barahona, 2020)

Pero no es algo nuevo, el gasto en salud es prioritariamente gasto sanitario cuando una política de rentas mínimas garantizadas permitiría una mejora de la salud de la población mucho mayor o un mercado laboral menos precario permitiría una mejor implementación de medidas de control de la movilidad:

(...) tenemos que encontrar maneras eficaces de comparar los gastos en asistencia sanitaria con los empleados en otros bienes socialmente igual de importantes, como la educación, la creación de empleo (...) incluso teniendo por objetivo la propia salud, es posible gastar dinero de un modo práctico, aunque no tenga directamente nada que ver con la salud. Una sociedad bien gobernada y equilibrada ha de tener una idea sensata de cuáles son sus prioridades más acuciantes, y la asistencia sanitaria no tiene por qué ocupar el primer lugar de la lista (Callahan, 2009, p.18).

Si queremos considerar la salud como un bien común, la bondad de dicho bien tiene que ser articulada con la justicia. Una justicia que debemos entender dentro de la lógica de la reciprocidad. Un bien como la salud es “común” porque ayuda a cada individuo a su autorrealización y no afecta negativamente a los demás (Michellini, 2007). Bien, justicia y equidad se encuentran íntimamente ligados y en la protección de la salud estamos hablando de equidad en salud y garantía de derechos.

3. Solidaridad y bien común. El papel del Estado y de la comunidad.

Algunos autores coinciden en que el bien común está representado por la «existencia del otro»; o también que el deber fundamental es darse cuenta que vivimos «entre otros»; o que es «actuar en común»; o que alude a la «vida en común», a una comunidad política que tiene un carácter conflictivo. En su resignificación el bien común incluye el principio de solidaridad –que funda el Estado de bienestar. (Quiroga, 2020, p.36)

Como hemos venido describiendo el bien común es acción y su concreción se da en la solidaridad. La solidaridad es el bien común en acción. Hemos observado a lo largo de la pandemia un comportamiento ejemplar de la ciudadanía y múltiples iniciativas de solidaridad.

La pandemia nos ha puesto frente a la quiebra de un elemento esencial de nuestra acción profesional y personal: la relación. Lo que impedía el virus era la relación personal, aquello sobre lo que se sustenta la acción comunitaria y la solidaridad. Hablando como trabajador social, esta pandemia nos ha interpelado a nuestra propia identidad. El trabajador social debe manejar las relaciones de personas, familias, grupos y comunidades con el fin de generar nuevas formas de acción y recursos para afrontar los conflictos sociales. Como dice la propia definición de la

disciplina actuamos ahí donde el individuo interactúa con su entorno y es esta interacción la que estaba “bajo vigilancia”.

En este contexto la sociedad ha generado nuevas formas de relación, nuevos compromisos de solidaridad. En un primer momento de la emergencia hubo distintas acciones comunitarias que aportaban al bien común: fabricación de mascarillas, voluntariado profesional, apoyo a personas solas, respiradores caseros, etc. Con más o menor éxito respondían a esta lógica de acción común que estoy planteando a lo largo de la ponencia.

La emergencia ha redefinido los límites entre el estado y la sociedad a la hora de definir y construir los bienes comunes. Gran parte de la administración pública partía de una lógica burocrática que no ha podido responder a las necesidades comunes de la sociedad. Allí donde el bien común estaba más asumido, con una estructura más fuerte y valorado por la ciudadanía la respuesta pública ha sido más clara. Salvo en la emergencia luego no hemos visto acciones comunitarias solidarias en torno a la asistencia sanitaria, pero si hemos visto como se mantienen sistemas comunitarios de este tipo en relación con la cobertura de alimentos, la vivienda, el empleo, etc.

Es importante que nos planteemos que papel juega la solidaridad comunitaria y la administración pública (el estado) a la hora de garantizar un bien común. Debemos generar estructuras de participación de la sociedad civil que faciliten respuestas más flexibles y adaptadas a la comunidad, más sentidas y compartidas por la ciudadanía. Esta interrelación sociedad civil y administración supondrá una mayor educación e implicación en lo común por parte de todos. La comunidad se construye desde la lucha por conseguir que los individuos de derecho se conviertan en individuos de hecho a través de unos compromisos, de “compartir fraternalmente”.

Podemos mencionar algunos ejemplos, entre los múltiples que ha habido, de esta solidaridad comunitaria vivido durante la pandemia que han sido difundidos por el Observatorio COVID-19 de la Alianza de Salud Comunitaria:

- ✓ ACISGRU (Asociación cordobesa para la inserción social de la población gitana rumana). Colectivo que durante la crisis del coronavirus ha organizado una estrategia para el no abandono de las poblaciones que viven en los asentamientos rumanos.
- ✓ Liberad a Wi-fi. La Red Aragonesa de Entidades Sociales para la Inclusión (RAESI), ha creado la iniciativa con la finalidad de abrir la Wi-fi de forma segura a familias que

no tienen acceso a internet. La RAESI está formada por 53 entidades que trabajan con diferentes grupos en situación de vulnerabilidad. Se ocupa de generar un espacio para el apoyo y el trabajo común entre las distintas entidades.

- ✓ Axudoche?: Red vecinal en Santiago de Compostela donde voluntarios se ofrecen a hacer la compra, ir a la farmacia, gestionar el transporte a los servicios médicos, bajar la basura, solucionar dudas o simplemente conversar.
- ✓ Somos Tribu, Red de apoyo mutuo que se crea en el barrio de Vallecas a raíz del confinamiento.
- ✓ Red de apoyo y cuidados Delicias Los vecinos se organizan para hacer la compra a ancianos, proporcionar información o, simplemente, charlar por teléfono con quienes necesiten sentirse un poco más acompañados.

4. Participación y comunicación. Definición de lo común en salud.

Durante esta pandemia, como comunidad hemos tenido que tomar decisiones complejas en las que era difícil compatibilizar las diferentes perspectivas sobre un mismo asunto, las distintas consideraciones contradictorias en muchos casos, los intereses encontrados. Si la definición común de lo que es un bien es uno de los elementos esenciales a la hora de hacerlo efectivo debemos tener en cuenta siempre estas tensiones y mejorar los procedimientos de decisión. Debemos mejorar los espacios de decisión compartida en el ámbito de la salud, sobre todo en dos aspectos: la participación de la ciudadanía y la coordinación sociosanitaria. Dos elementos que han sido claves, para bien y para mal, en las decisiones adoptadas a la hora de implementar acciones para la protección de la salud de la población.

Siguiendo a Zamagni (2007) podemos decir que, como ya he señalado con anterioridad, que el bien común no atañe a la persona tomada individualmente sino en relación con otras personas, es el bien de la relación misma. Es en este sentido, en el que la comunicación y la participación toma un papel esencial a la hora de ejecutar acciones en pos de un bien común como la salud. Ciertamente es, que esta comunicación en pos de una definición común y compartida, no ha sido facilitada por la polarización política existente que tiene el peligro de convertirse en polarización social y en vez de buscar la cooperación buscar el enfrenamiento y la división.

Partimos de la idea ya planteada de que el bien común se mueve en el campo de la acción participativa, como plantea Nebel:

Cuando varias personas quieren lograr algo, se organizan. Nadie puede hacer todo. El bien que queremos lograr juntos, el objetivo de la interacción tendrá que ser planificado. Si queremos construir una escuela, necesitamos un sitio, planes y financiamiento; tenemos que persuadir a las familias y a los niños, encontrar un maestro y acordar el horario escolar. Debemos organizarnos. Por lo tanto, la interacción que genera el bien creado también implica una organización, un ‘bien de orden’ que es inmanente al bien creado (2018, p. 42).

Pero esta organización, esta acción, debe ser coherente con la definición previa del bien a proteger. De ahí la estrecha relación entre participación y comunicación en el sentido Habermasiano de una situación ideal de habla y los criterios que deben darse para una comunicación ideal. Es el planteamiento de Michelini (2007), cuando dice que “el concepto de reciprocidad generalizada, en sentido ético-discursivo, refiere a la igualdad de reconocimiento que merecen, por principio, las pretensiones de todos los participantes en la comunidad ilimitada de comunicación, también en la delimitación del bien común” (p. 22). Debemos plantearnos cuales son los procedimientos en la toma de decisiones, quién participa y cómo participamos en los mismos. Analizar la construcción del bien común desde una perspectiva procedimental es esencial en toda sociedad democrática.

Es en este sentido como debemos replantearnos la coordinación sociosanitaria. Hemos concluido que la salud como bien común está en estrecha relación con otros bienes comunes de carácter social, que no cuentan con el mismo desarrollo y reconocimiento ciudadano y político. Esto supone una quiebra clara a la hora de implementar acciones que refuerce recíprocamente ambos bienes, acciones que avancen en una perspectiva social de la salud o lo que, en sentido más pragmático, llamamos el campo de lo sociosanitario. Es durante la pandemia cuando hemos percibido más claramente que no se daba una definición común de la situación entre los distintos agentes que intervenían en este campo, que la coordinación sociosanitaria ya tenía un sustrato muy frágil y sobre él no pudimos implementar acciones “comunes”. Desde la teoría habermasiana de la acción comunicativa para que se dé una definición común (bien) se debe dar una situación comunicativa ideal en la que todos los agentes se encuentren en un plano de igualdad, que todos puedan hacer valer sus opiniones y rebatir la de los otros. Esto no se da cuando hablamos de las necesidades y la intervención sociosanitaria. Un discurso eminentemente biomédico confunde el bien común de la salud con lo sanitario e impide la asunción de otros discursos “sociales” en igualdad a la hora de definir la situación o la necesidad. Si concebimos la salud desde una perspectiva biopsicosocial y en estrecha relación con otros bienes sociales (vivienda, protección social, empleo...) podremos

claramente integrar todos los discursos en una misma acción. Esto no se ha dado y lo hemos podido observar en la respuesta sanitizada a la situación de las residencias de personas mayores, en la dificultad para implementar acciones en barrios con mayor precariedad social.

Volviendo a Michelini, “pensar el bien común en el ámbito de la bioética desde la perspectiva ético-discursiva implica tomar en consideración un punto de vista procedimental, a saber: no excluir del discurso argumentativo a ningún argumentante en ningún tema que sea mutuamente relevante” (p. 26). Cómo aplicamos esta premisa a la relación entre lo social y lo sanitario con el objetivo de una mejor salud de la ciudadanía es el reto al que nos enfrentamos. Debemos definir la coordinación sociosanitaria como un espacio de nexo, de unión, de bienes comunes interrelacionados.

Pero la definición de la situación, del bien común, no es solo una cuestión de “saberes expertos” en lo social y lo sanitario. Esta definición supone implicar a la ciudadanía en la toma de decisiones en salud. Durante la emergencia eso ha sido muy complicado, pero una vez pasada la gran ola hemos podido armar estructuras comunitarias de participación que sin embargo no han sido planteadas desde la administración, que ha asumido un rol eminentemente paternalista, sino desde la misma comunidad.

En este sentido las Sociedades Científicas de Enfermería emitieron un escrito donde apelaban a la “responsabilidad individual y colectiva de la ciudadanía” para paliar los efectos de la pandemia e incidían en la importación de la participación como elemento para una mayor eficacia de estas: “las intervenciones participativas se han evidenciado eficaces y eficientes ante graves problemas de salud en lugar de culpabilizar a las personas que padecen sus efectos” (FAECAP 2020).

Debemos plantear metodologías para la intervención activa de la ciudadanía. No se deben despreciar los aportes de nadie, reforzando la participación con la certeza de que nadie debe ser excluido del diálogo puesto que se trata de buscar una definición común de la situación a la que nos estamos enfrentando. Esta definición compartida se hace más “sentida”, más “vivida como propia” cuanto más participativa es y cuando la hacemos más nuestra desde la implicación en la comunidad.

Es importante redefinir la burocracia y la administración para mejorar la participación de la sociedad civil. Establecer procedimientos que mejoren la relación entre la sociedad civil y la

administración pública. Avanzar en una democracia más participativa que interpela al sistema sanitario y al social:

El modelo actual de gobernanza en salud propone la creación de nuevos espacios públicos horizontales de participación ciudadana, de organizaciones privadas y corporaciones, para la toma de decisiones del sistema de salud (...) supone, en primer lugar, un cambio social o una nueva forma de sistema sanitario participativo, donde los pacientes asumen nuevos roles en su relación con los profesionales a través de su participación individual (decisiones por participación activa del paciente) y colectiva (decisiones sanitarias por participación de representantes de asociaciones de pacientes). (Ortuzar, 2016, p. 29).

No quiero cerrar mi ponencia sin hacer una reflexión sobre el papel del trabajo social sanitario en las líneas de acción expuestas. Establecer unas prácticas articuladas alrededor de un encuentro de saberes en la definición del bien común, de un trabajo en red, de priorizar la participación, la equidad y la solidaridad, son elementos esenciales de la labor de las/os trabajadoras/es sociales sanitarios. Como plantea, la ya mencionada, Vicente, el trabajo social ha elaborado modelos y prácticas de intervención y apoyo social que tejen la malla social que se quiebra cuando se rompe el vínculo social. Debemos ser agentes que generen vínculos, relaciones, entre sujetos en el momento es que estos vínculos quiebran, debemos crear espacios de participación y de defensa de derechos, defendiendo la idea de una acción en cooperación y redefiniendo la idea de relación entre lo individual y lo comunitario.

El sistema sanitario tiene regulado el acceso a los canales de participación de la ciudadanía, pero estamos hablando de ampliar esa participación a aquella en la que los sujetos se ponen en marcha más allá de los cauces establecidos por la administración. Esa participación que ha emergido con fuerza durante la pandemia y que deberemos aprovechar como uno de los cambios positivos surgidos de esta crisis. Las iniciativas vecinales y comunitarias han tomado una nueva dimensión. Si entendemos que la salud va mucho más allá de la ausencia de enfermedad, veremos que todas estas redes comunitarias son generadoras de salud, son constructoras del bien común.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

1. Asociación Provivienda (2020). *Cuando la casa nos enferma 3. Redes de apoyo en tiempos de crisis*. Madrid: Asociación Provivienda.
2. Barahona, M.J. (2020). *El impacto social del Covid-19*. Tribuna Complutense.
3. Benach, J. y Muntaner, C. López Arnal, S. (2005, 12 de diciembre). “La mayor epidemia de nuestro planeta es la desigualdad”. Entrevistados por Lopez, C. *La Insignia*. Consultado el 1/12/2020 en: <https://www.lainsignia.org/2005/diciembre>

4. Callahan, D. (2009). *El bien individual y el bien común en bioética*. Barcelona. Fundació Víctor Grifols i Lucas.
5. Constitución española de 1978. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
6. FAECAP. *Comunicado de las Sociedades Científicas ante la presente crisis sanitaria derivada de la pandemia por la Covid-19*. (2020 17 de agosto) Recuperado en <https://www.faecap.com/noticias/show/comunicado-de-las-sociedades-cientificas-ante-la-presente-crisis-sanitaria-derivada-de-la-pandemia-por-la-covid-19>.
7. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad 1986. [Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>]
8. Michellini, D. (2007). El concepto de bien común en el marco de una nueva ética pública. *Revista Persona y Sociedad*. Vol. XXI (2) 17-33.
9. Nebel, M. (2018) Operacionalizar el bien común. Teoría, vocabulario y medición *Revista Metafísica y Persona*. Año 10. Número 20. 27-67.
10. Observatorio COVID de la Alianza de Salud Comunitaria (<http://www.alianzasaludcomunitaria.org>):
11. Organización Mundial de la Salud (2014). *Constitución de la OMS, con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014*. (48.a edición) Recuperado de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
12. Ortúzar, M.G. (2016). Responsabilidad social vs. Responsabilidad individual en salud. *Revista de Bioética y Derecho & Perspectivas Bioéticas*. 36. 23-36.
13. Padilla, J. y Gullón, P. “*Epidemiocracia. Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo*”. Madrid: 2020. Capitán Swing.
14. Quiroga, H. (2020). Repensar el bien común y el Estado en tiempos de pandemia. *Revista Estudios*. Nº 44. 33-41.
15. Ramoneda, J. Del miedo a la responsabilidad (2020, 10 de abril). *El País*. Recuperado en <https://elpais.com/espana/catalunya/2020-04-10/del-miedo-a-la-responsabilidad.htm> Josep Ramoneda. Abril 2020.
16. Segura, J. (2020, 6 de diciembre). “La desigualdad social y la precariedad laboral han sido un poderoso vector de transmisión en la pandemia” /Entrevistado por Muñoz.M.. *Periódico digital Cuarto Poder*. Recuperado en <https://www.cuartopoder.es/salud/2020/12/06/la-desigualdad-social-y-la-precariedad-laboral-han-sido-un-poderoso-vector-de-transmision-en-la-pandemia/>
17. Vicente Mochales, M.C (2018). Material inédito, Congreso de la Asociación Española de Trabajo social y Salud “Mapas, rutas, destinos del trabajo social sanitario”. Pamplona
18. Zamagni, S. (2007). El bien común en la sociedad posmoderna. Propuestas para la acción político-económica. *Revista Cultura Económica*. Nº 70. 23-43.

OTRA BIBLIOGRAFÍA NO REFERENCIADA DE INTERÉS

1. Alemany, M. y Rodríguez, B. (2019). El debate teórico sobre el paternalismo y la libertad en salud. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Nº 52. 16-44.
2. Benach, J. y Muntaner, C. (2005). Aprender a mirar la salud: como la desigualdad social daña nuestra salud. Mataró: El Viejo Topo.
3. Cabezas, C. y Román, B. (2019). Cuestiones éticas en las políticas de promoción de la salud. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Nº 52. 44-70.
4. Caritas España (2012). Los bienes comunes: cultura y práctica de lo común. Monográfico Documentación Social. Nº 65.
5. José Sanmartín (2006). El bien común como idea política. John Stuart Mill, los liberales y sus críticos. Revista Foro Interno. 6. 125-153.
6. Nogues, L. y García-Giráldez, T. (21049). Seducidos por lo común. Revista Trabajo Social Hoy. 3er Cuatr. Nº 73. 43-62.
7. Segura, A., Román, B., y Puyol, A. (2018). Hygea y la virtud o recordando a Protágoras: diálogo sobre ética de la salud comunitaria. Revista Gaceta Sanitaria. 32(S1). 66–68

¿HEMOS APRENDIDO?

JAVIER JÚDEZ GUTIÉRREZ⁴⁰

INTRODUCCIÓN

Desde el planteamiento de la organización, al planter la ponencia con una pregunta: ¿hemos aprendido, esta se desarrollará según el método socrático, respondiendo al lector con una serie de cuestiones y reflexiones en distintos ámbitos. Para responder a dichas cuestiones, el lector tiene desde casa magníficos recursos al alcance de un click

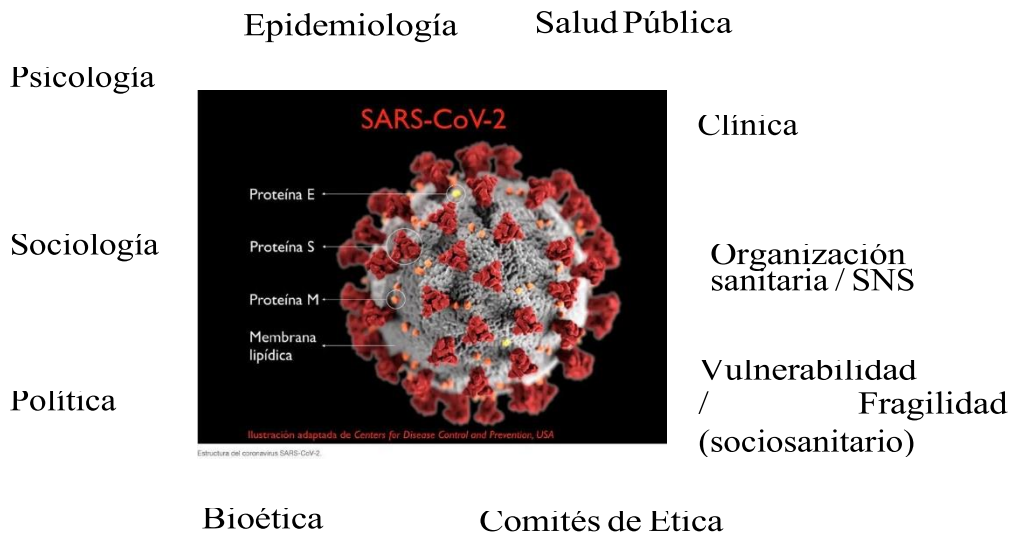
- **Los trabajos durante el tiempo de trueno y furia:**
Protocolos ante el “tsunami” y documentos (CBE, Ministerio, SSCC)
- **Encuentros de Comités de Ética y otros foros (a golpe de webinarios):**
 - CEAS Aragón
 - CEAS Andalucía
 - Fundación Grifols
 - Congresos (SS.CC, SEGG, semFYC, etc.)
 - Estas jornadas del CEAS de Puerta Hierro
- **Revistas españolas:**
 - Revista Bioética Complutense
 - Eidon (FCS)
- **Repositorio de bioética y coronavirus del Instituto Borja de Bioética**
- **Allende los mares:**
 - Hastings Center

⁴⁰ [Referencia Bibliográfica]. Júdez Gutiérrez J. ¿Hemos aprendido? En: Libro de Ponencias de los VI Encuentros en Bioética Puerta de Hierro. Majadahonda 15 y 17 de diciembre de 2020. Majadahonda: Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria; 2020:119-130.

- Nuffield Council of Bioethics

ELEMENTOS SOBRE LOS QUE GIRA EL SARS-CoV-2

Fruto de una reflexión *sui generis*, encuentro los siguientes elementos que interactúan entre sí alrededor de la pandemia por COVID-19:



Política 101: distancia social y restricciones a libertades

- ¿Tenemos los políticos que nos merecemos? **Me temo.**
- Tener que dar respuesta mientras apenas conoces las preguntas apropiadas... **no ayuda.**
- Rodearse de los afines y no de los mejores, **tampoco.**
- Gestionar el bien común con transparencia, dentro de la provisionalidad de la gestión de la incertidumbre, **se lleva mal con el cortoplacismo partidista.**
- Entre un gobierno democrático y un totalitario (que instaura un toque de queda, que te confina...) hay (sutiles pero críticas) diferencias de legitimidad, contrapesos, proporcionalidad, transparencia, rendición de cuentas (ex ante y ex post).
- Modelo de coordinación... **Polarización y ausencia de pactos de estado** (lastre pendiente de nuestra higiene política democrática).

Epidemiología 101

- Las epidemias no son algo del pasado (peste, polio, cólera, fiebre amarilla, etc.) ni algo exótico (virus hemorrágicos africanos, virus “asiáticos” que no nos afectan, aviares, porcinos ó coronavirus previos).
- Sota, caballo y rey: distancia social, lavado de manos, mascarilla... y el as (ventilación, exteriores).
- El martillo (o el portazo) y la danza (salud y economía)... a la espera de la(s) vacuna(s).
- ¿Qué es factor de contagio - R_0 (“R naught”)?
- ¿Qué es el coeficiente de dispersión K?
- Positividad no es infectividad (contagiosidad): PCRitis.
- Negatividad no es no-infectividad (asintomáticos y falsas seguridades).
- Vacunas ARN en menos de un año (!!).

Sociología 101: distancia social y restricciones a libertades

- Los chinos no sólo copian muy bien... tienen algunas otras cosas originales... que se hacen virales).
- Los españoles podemos confinarnos, llevar mascarilla (transmisión respiratoria/aérea) y tener una distancia social (que va contra nuestra idiosincrasia cultural).
- Las medidas que sirven para protegernos van contra componentes básicos de nuestra humanidad (que dábamos por hecho): tacto, abrazo, beso, contacto y cercanía física.
- El virus no se toma vacaciones, ni en los descansos para fumar, ni en el almuerzo, ni en los cafés (transmisión social).
- El rostro previamente desconocido, con mascarilla, sorprende cuando se desvela, al retirarla.

Psicología 101: esprintar durante un maratón, incertidumbre

- No se puede esprintar durante toda una maratón (cuanto menos para una carrera de duración desconocida).
- Se puede enfermar y morir en un visto y no visto (a velocidad de vértigo).
- Hacerlo (enfermar y eventualmente morir) en circunstancias de soledad y “miedo” es horrible y deshumanizador. Urgencia ética a evitar.

- El enano de nuestros miedos (tan paradójico como el gigante de nuestros sueños) proyecta su sombra agigantada para acobardarnos si no tenemos elementos que iluminen nuestra realidad.
- El frágil está a merced, no ya de un huracán (eso lo está también el fuerte), sino de una brisa (sobre todo tras un huracán).
- Atender la vida física no es necesariamente lo más importante. Atender al sufrimiento, sí. Biología con biografía.

Salud Pública 101: o te pasas o no llegas

- Falsas alarmas pasadas (¡que viene el lobo!) no garantizan falsas alarmas futuras: y si no estás preparado si llega el lobo te hace un siete.
- En salud pública en temas sustantivos, va siempre en la cuerda floja: si te pasas eres un exagerado, tienes un contubernio con la industria farmacéutica y generas falsa alarma, y si no llegas, eres un negligente, un incompetente y has hecho recortes. La salud pública puede condicionar la vida económica, la libertad personal, el ejercicio de derechos elementales.
- No se puede vivir sin planes de contingencia que estos son tanto más importantes cuanto más graves son las consecuencias y más complejidad requiere gestionar.

Clínica 101: cómo pensamos, cómo tomamos decisiones

- La pesadilla de la MBE⁴¹ (mala versión del original) puede producir monstruos.
- La MBE nunca ha prescindido del juicio clínico (valores y experiencia.)
- La accesibilidad de la información (inmediatez) requiere ponderar la “*auctoritas*” y la razonabilidad (para no ser un lodazal).
- La “ciencia impaciente” puede ser mala ciencia (elefante en cacharrería): heurísticos sí; sesgos cognitivos y precipitación a la desesperaa, poco recorrido.
- El “gólem” de la ciencia, la tecnología y el conocimiento biomédico en época de incertidumbre, puesto en el escaparate de la “información cebo- sensacionalista”, es como un rey desnudo: confuso, contradictorio, poco fiable. Requiere la “chispa de la vida” (bioética).

El hospital no es el único sitio en el que dar la “asistencia debida”.

⁴¹ MBE: Medicina Basada en la Evidencia.

SNS 101: Las debilidades y la manta corta

- Somos una sorprendente sociedad organizada en demasiados nichos, demasiado estancos, que descoordinados nos hacen más débiles.
- Las catástrofes y las crisis requieren unos automatismos (fortalezas): dinámicas de logística, recursos humanos, inteligencia y reconocimiento, intervención y despliegue, COORDINANDO profesionales que habitualmente funcionan de manera estanca.
- Las catástrofes y las crisis multiplican las debilidades de individuos, organizaciones y sociedades, que pueden ser multiplicativas (“tormenta perfecta”): contagio exponencial; rápida generación de graves (aunque sean un porcentaje pequeño de los afectados); falta de EPIS; falta de pruebas diagnósticas para caracterizar pacientes; transmisión asintomáticas; falta de medidas de tratamiento; ausencia de conocimiento de los efectos; etc.



- Tenemos debilidades en Salud Pública.
- Tenemos debilidades en la apuesta por Atención Primaria y comunitaria (longitudinalidad).
- Tenemos debilidades en coordinación intra-sanitaria e inter-territorial.
- Tenemos debilidades en nuestro modelo de dependencia.
- Tenemos debilidades en coordinación socio-sanitaria.
- Tenemos actividad sanitaria de poco valor añadido en salud.
- No tenemos cultura del simulacro o de la contingencia.

Bioética y Comités 101: ética de crisis y ética cotidiana; excepciones justificadas; estándares alterados.

- Necesitamos conciliar la **ética de la crisis** (bote salvavidas) con la **ética de la salud pública** (individuo vector del que defenderse o vulnerable al que proteger), sin perder en ambas la **personalización** y la humanización.



- La confidencialidad y la libertad... tienen limitaciones (en circunstancias excepcionales a revisar/confirmar)
- Las decisiones con estándares de práctica alterados (excepcionales) requieren protocolos previos y coordinación para que sean prudentes, adaptadas y equitativas.

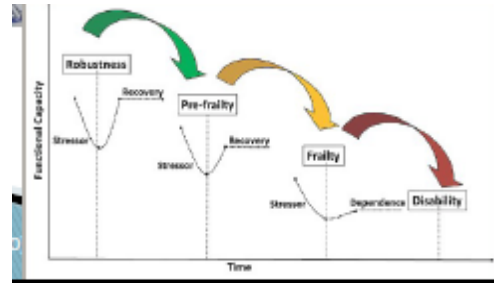


Sociosanitario (vulnerabilidad/fragilidad) 101: nuestra fortaleza vendrá por nuestro cuidado de la fragilidad (M. Montoya)

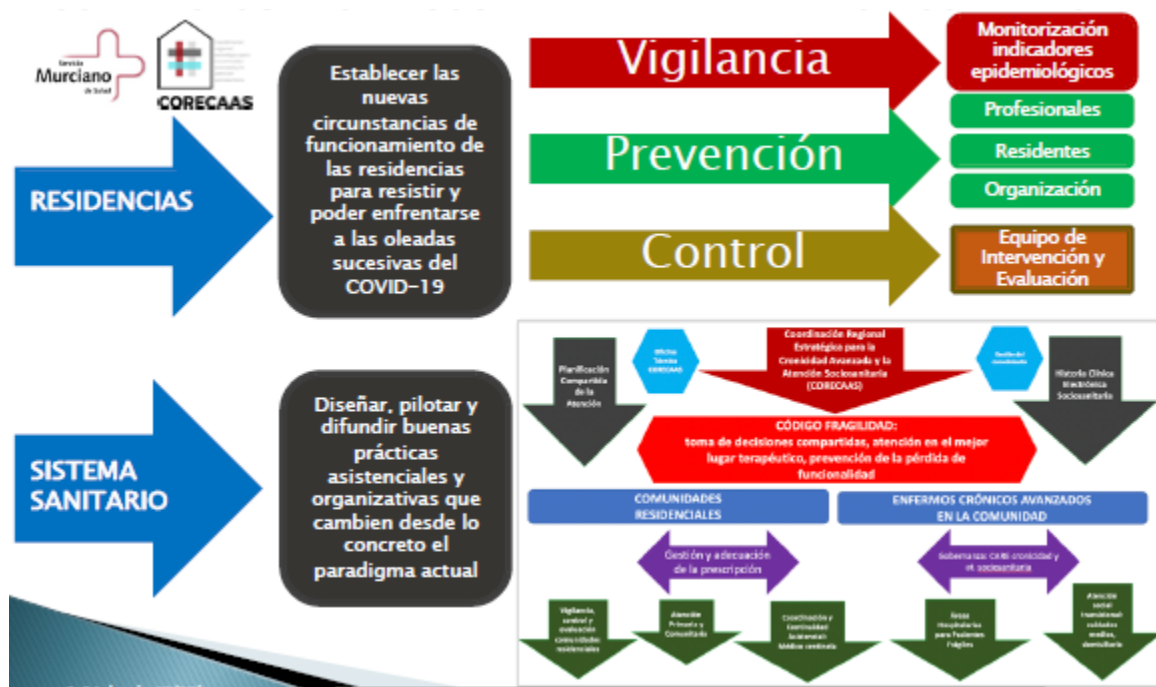
- Nuestro modelo de dependencia es completamente dependiente (recursos, capacitación, coordinación, equidad).
- Las residencias son el hogar de los mayores, con creciente presencia de los más mayores, frágiles, vulnerables y dependientes.
- No vale todo para evitar un riesgo (contagiarse): morir solo es intolerable.



- Permitidme unas reflexiones sobre mis vivencias profesionales en bioética y en asistencia, no poco oportunas en un momento que es puente entre el Encuentro V (eutanasia) y el VI (pandemia COVID19) proponiendo la planificación compartida de la atención.



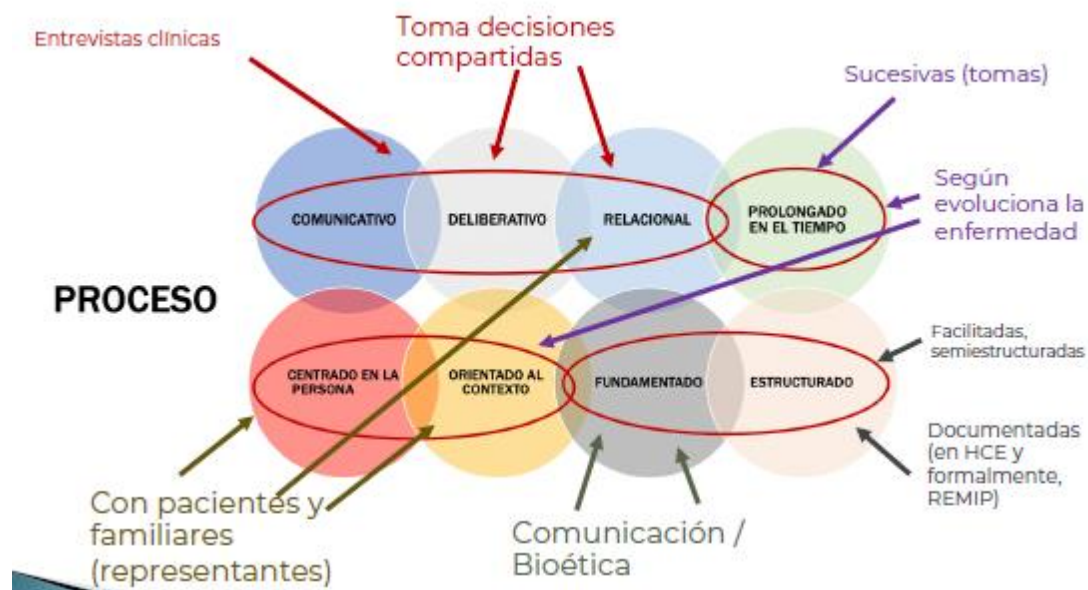
Estrategia sociosanitaria: fase operativa



Modelo de Planificación Compartida de la Atención de la Región de Murcia (PCA-RM)



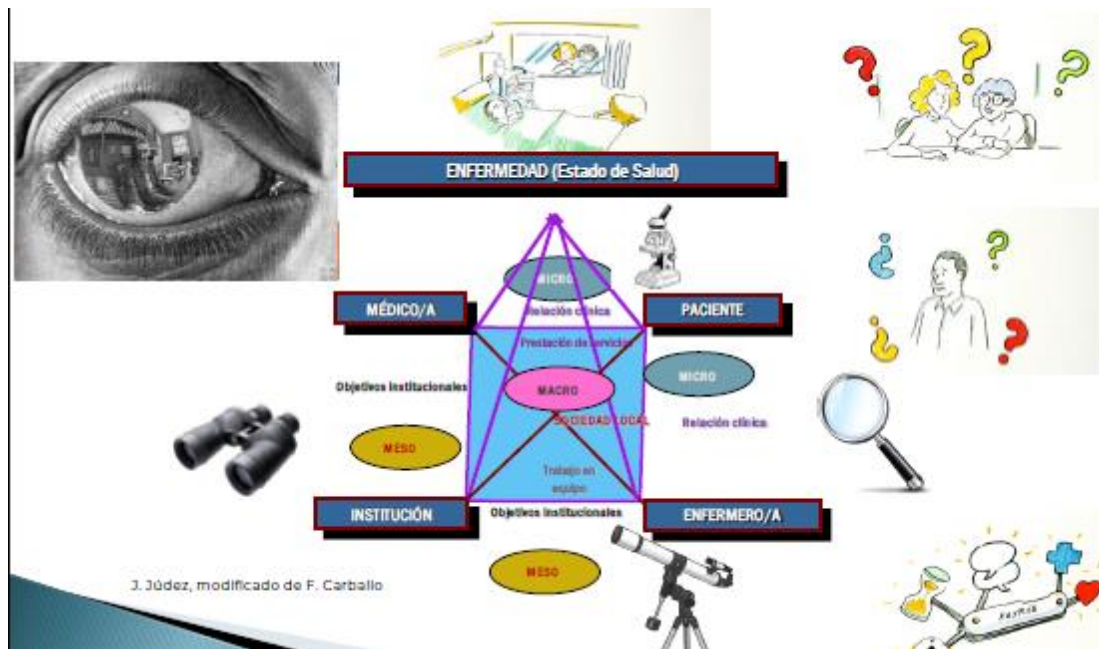
- Una iniciativa en desarrollo.
- Completado encargo de primera fase de la DG PIFyAC: propuesta de modelo (diciembre 18-septiembre 19).
- Aplicación en contexto de pandemia en ámbito sociosanitario en residencias en brote para decisiones compartidas.
- Proceso de implementación de actuaciones para 2021 ligada a CRONICIDAD AVANZADA Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA, PALIATIVOS Y EVENTOS CRÍTICOS.



“La esencia de la planificación es la autonomía relacional, el acompañamiento, la deliberación y el respeto a la dignidad, entendida desde los valores propios de la persona. En momentos como los vividos, defendemos

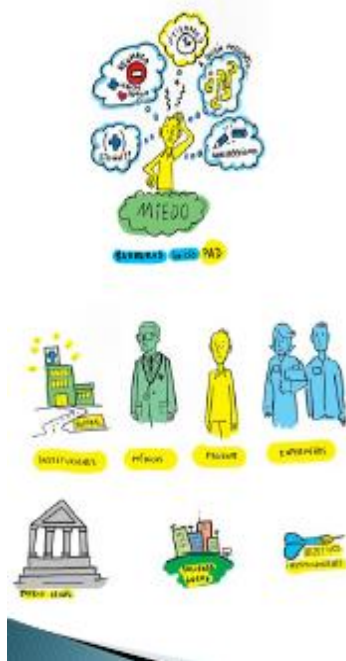
la trascendencia, más que nunca, de explorar ciertos criterios de valor y preferencias de las personas, de indagar en su conocimiento sobre la situación de enfermedad y expectativas, tanto sea para responder a las mismas como para ajustarlas a objetivos realistas. Mantener conversaciones facilitadas por profesionales, formados específicamente, ayuda al personal sanitario a tomar decisiones prudentes al servicio de las metas de las personas, que atiendan verdaderamente a sus prioridades biográficas y no solo a las situaciones clínicas, y que eviten las consecuencias, a veces atroces, de la improvisación en situaciones⁴².

Elementos relacionados en la atención al paciente



De un modelo contractualista- administrativo a un modelo comunicativo-relacional Saber no es suficiente; debemos aplicar. Estar dispuestos (querer) no es suficiente; debemos hacer” (Goethe).

⁴² Lasmarias Mrtínez C, Velasco Sanz T, CrreoPlanes V, Granero-Moya N, en nombre de AEPCA. Planificación compartida de la atención: la COVID-19, ¿una oportunidad? Med Paliat. 2020;27(3):267-268.



Un mapa para un territorio



Pablo Simón Lorda Medicina de Familia al final de la vida. AMF 2017;13(6):312-319
 Mapa y territorio de la atención al morir (Adaptado por J. Júdez)

Atención sanitaria apropiada en la trayectoria de vida/enfermedad*



* Valora la identificación de "transiciones"

** "Vivir bien" (lo mejor posible) con la enfermedad

Figura 7. Atención durante la enfermedad: combinación de tratamientos y cuidados. (adaptado por Júdez desde 2007 de trabajos liderados por Joanne Lynn en 2003, 2004, 2005, 2007, 2016)



J. Júdez (v. 12/20)

Tabla 6. Ámbitos por explorar en el proceso deliberativo centrado en la vivencia de enfermedad (a través de entrevistas clínicas semi-estructuradas), revisitado y reevaluado en el tiempo

Elementos del proceso	Preguntas subyacentes (experiencia)	Conceptos y reflexiones relacionadas que pueden aparecer y explorarse durante la entrevista
Identificar los riesgos y amenazas	¿Qué me pasa? ¿Qué me preocupa?	Cómo percibo o expreso lo que me pasa La afectación de mi propia identidad La anulación de (mucho de) lo que nos sucede Vulnerabilidad, fragilidad, mortalidad, espíritu humano, esperanza
Identificar los recursos y promover las habilidades	¿Qué puedo hacer? ¿Qué quiero? ¿Qué es importante para mí? ¿Qué pueden hacer por mí?	Capacidades para afrontar / superar lo que nos sucede (terapia de la serenidad, el valor y la subiduría) Reforzar recursos propios, aportados por la medicina y los cuidados, aportados por terceros Gestionar cómo "jugar con las cartas que me han tocado" Valores, preferencias, decisiones Deliberación sobre cursos de acción posibles Reflexión sobre experiencias pasadas y lecciones aprendidas Explorar niveles de esperanza Información, consentimiento, deliberación, construcción de valores Atenderme, prestarme atención (sociosanitaria). Dimensionar y modificar amenazas: modificar curso enfermedad (ideal/curar), aliviar los efectos y confortar (mal menor/paliar); acompañarme y no abandonarme (inevitable) Facilitar (me) la navegación a lo largo de mi trayectoria de enfermedad

PERSONA / ENFERMEDAD	CURADA	NO CURADA
SANADA	"Conquista"	"Sentido / Restitución"
NO SANADA	"Identidad dañada"	"Caos"



J. Júdez (v. 12/20)

¿Quién quiero que me ayude?

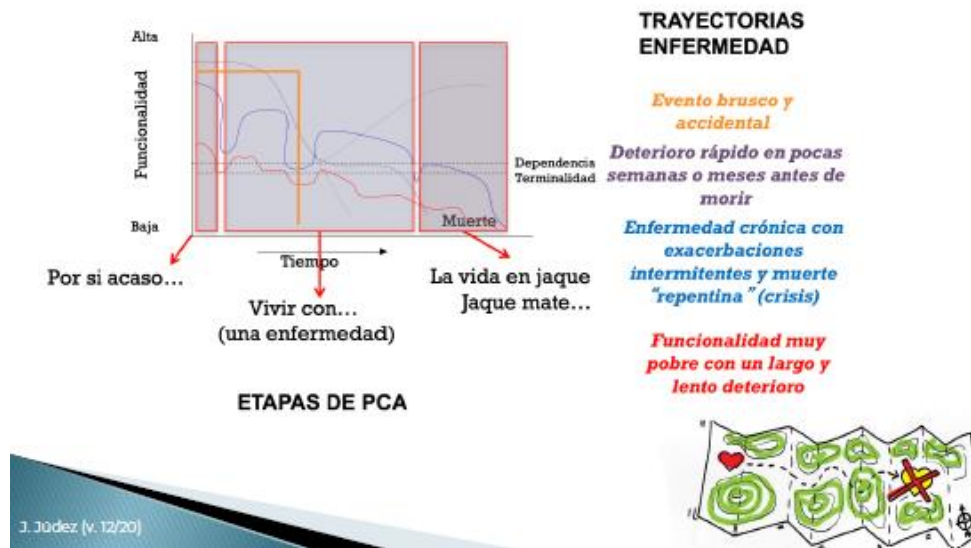
Representante, red familiar y de cuidados; profesionales socio-sanitarios
Estilos de directividad (para llevar las riendas)
Toma de decisiones, relaciones-redes, capacidad, decisiones de sustitución (representante)

Etapas y trayectorias: el río de la vida

Etapas y Trayectorias: el río de la vida



Etapas de la Planificación de Cuidados Anticipados (PCA)



Ayudar a vivir hasta el final

