



NOTA DEL EDITOR: COVID-19 Y BIOÉTICA

EDITOR'S NOTE: COVID-19 AND BIOETHICS

LUIS MIGUEL PASTOR

*Departamento de Biología Celular e Histología,
Facultad de Medicina, IMIB-Arrixaca,
Regional Campus of International Excellence
Campus Mare Nostrum,
Universidad de Murcia, Murcia, Spain.
bioetica@um.es*

1. Introducción

Escribo estas páginas después de que hayamos padecido una situación que en un principio se pensó que era como una epidemia limitada que podría parecerse a una gripe y luego la hemos vivido como una situación crítica de emergencia, cercana al colapso sanitario y con una alta mortalidad¹. Lo hago en estos momentos en los que lo que se consideraba como una ola se ha convertido en una situación de continuos rebrotes y nos encontramos con que tenemos una nueva enfermedad infecciosa respiratoria instalada en nuestro entorno con la cual hay que aprender a convivir. Además, no sabemos bien cuál es el siguiente capítulo que nos deparará esta pandemia que podemos calificar de histórica y universal. Por lo menos, parece que en la medida que la experimentamos vamos aprendiendo a afrontarla, adaptando nuestras decisiones para minimizar su impacto en la salud de las personas, en su actividad profesional y social. Es cierto que el virus Covid-19 ha afectado de diversa forma a los continentes y países como también que tal afectación en la salud, la economía o las relaciones sociales puede ser aparentemente desigual debido a que carecemos

¹ Durante la fase crítica de la pandemia en España he podido expresar mi opinión como presidente de AEBI en varias publicaciones periódicas en las que como portavoz de la asociación he planteado diversas preocupaciones éticas surgidas al hilo de los acontecimientos. Ver: <https://www.nobbot.com/personas/luis-miguel-pastor/> y <https://www.elindependiente.com/vida-sana/2020/04/04/todos-tenemos-igual-dignidad-no-se-puede-discriminar-a-pacientes-por-la-edad/>

todavía de una información homogénea. Aún así, para todos los países este virus, en mayor o menor medida se ha convertido en un agente desestabilizador de la vida cotidiana, siendo hoy en día, una fuente permanente de riesgo para la salud y la economía mundial. Tal riesgo supone una constante incertidumbre, que hace que numerosos proyectos de la vida social, familiar o personal estén sometidos a la impredecibilidad de su realización, lo cual no sólo frena la puesta en marcha de ellos o que éstos se instalen si son llevados a cabo, en una dinámica de acomodación permanente —provisionalidad—, sino que además puede generar un incremento de la inseguridad social que termine desgastando el tejido social y las personas que forman parte esencial de él.

2. La naturaleza del problema

Parecidos hechos han existido en siglos pasados. La presencia de enfermedades infecciosas, ha acompañado la historia de la humanidad las cuales, con sus características específicas, generaron crisis en cortos periodos de tiempo, provocando importantes pérdidas de seres humanos, así como también periodos de depresión de la actividad humana, caracterizados por hambrunas o incremento de la pobreza. Es más, en nuestro mundo actual, hay territorios concretos que de forma permanente están condicionados por enfermedades infecciosas que alteran la actividad humana. Pero gracias a la higiene, las vacunas, el desarrollo de los servicios sanitarios y las

correspondientes políticas generadas por las autoridades sanitarias —que hacen para la mayoría de los ciudadanos accesibles estos medios— se podría afirmar que en el mundo desarrollado o en vías de desarrollo, tales enfermedades tienen un impacto limitado en el vivir de los ciudadanos, tanto en su movilidad como en sus actividades profesionales. Es más, se podría decir que, a nivel social, existía hasta un desconocimiento de lo que es vivir con un peligro real para la salud, que de forma rápida pudiera afectar a muchos y con una alta letalidad. A lo sumo, era algo que algunos podían predecir como posible; para otros era algo sabido por la historia y, para algunos pocos, algo que se vivió hace muchos años y que todavía permanece en el recuerdo. De repente, de una forma abrupta, por ahora este horizonte vital ha cambiado. La realidad es nueva porque es distinta a la anterior, pero tal novedad no proviene de un avance. Es cierto que la presencia del virus puede ayudarnos a profundizar más en medidas preventivas que fomenten la salud o que éste impulse, a través del mundo digital, soluciones a la disminución de la movilidad o a las relaciones presenciales, acelerando la implantación de hábitos que deberían haberse incorporado hace ya tiempo en la sociedad. Pero es evidente que en la actualidad el mundo con Covid-19 sufre de unas limitaciones que menguan y dificultan numerosas actividades humanas. Es más, su presencia contradice la idea colectiva —diríamos arquetípica— que se había ido grabando en nuestras mentes de un progreso lineal científico-técnico que nos libraba de los peligros provenientes de una naturaleza en ocasiones agresiva o hostil con nuestra humanidad. Nos devuelve la conciencia, no sólo como individuos sino como especie, de tener que reconocer tanto nuestra debilidad como fragilidad. No es sólo la incapacidad de poder vencer el daño que nos es infligido, sino también la vulnerabilidad de nuestro ser, la facilidad con que podemos perder tantas cosas buenas que poseemos. Por esto, *esta situación demanda tanto un afrontamiento como una salida que en el fondo es de carácter ético*. Reconocer humildemente nuestra condición contingente respecto a nuestra vida, aceptar la limitación del conocimiento que poseemos de nuestro entorno y considerar que lo prioritario en la acción —no solo personal sino también

política— son los bienes humanos. Al mismo tiempo, aceptar que la solución procederá de un esfuerzo laborioso y metódico. Este esfuerzo hay que aplicarlo en el ámbito investigador, preventivo y curativo basándose en la evidencia científica. Ésta, además, requiere una monitorización casi diaria para ir actualizando esos ámbitos a la continua generación de conocimiento que vamos teniendo respecto a la enfermedad. Tales conocimientos son variados: adquiridos por la propia difusión de la enfermedad, relacionados con la biología del virus y su capacidad infectiva, sobre los métodos de diagnóstico para detectar su presencia, en relación con los cuadros clínicos que puede causar y los mecanismos fisiopatológicos implicados en ellos, sobre la eficacia de los diversos tratamientos propuestos, en relación con el pronóstico en los diversos tipos de pacientes, las diversas secuelas que se pueden presentar tras la enfermedad y un sinfín de datos respecto a una patología desconocida hasta hace menos de un año.

Se me podría argüir a lo dicho anteriormente que esta enfermedad no es del todo desconocida, en cuanto puede ser clasificada como una variante de las infecciones víricas respiratorias que pueden alcanzar a producir neumonías. Pero aceptando lo anterior de forma genérica, considero que esta infección presenta una serie de cualidades que individualmente puede aceptarse que no son especiales o desconocidas *pero juntas e integradas dotan de una singularidad especial al Covid-19*.

No pretendo hacer una valoración microbiológica o clínica, —para ello están los expertos—, pero nos enfrentamos a un virus que muestra una constelación de propiedades que lo hacen muy insidioso en lo personal y social. Gran capacidad de transmisión, siendo frecuente que no se presente como enfermedad aguda tanto en los niños y los jóvenes, lo cual le da una importante capacidad de difusión a través de asintomáticos que presentan amplia movilidad e interacción social, tal como vemos en estos dos últimos meses. Una capacidad, hoy en día, de letalidad que se agudiza en grupos de personas concretas. Especialmente lo hemos experimentado en ancianos con comorbilidades previas, los cuales, en un alto porcentaje, en los países desarrollados se en-

cuentran en residencias o centros sociosanitarios donde la vulnerabilidad se acentúa por la proximidad con la que conviven estas personas en esos centros. Pero junto a esto, no se puede descartar, porque los hechos así lo indican, que el virus posee cierta letalidad que no está tan claramente asociada a la edad o al estado de salud general de una persona, lo cual genera un grado de incertidumbre sobre toda la población al no tener actualmente criterios predictivos fiables sobre grupos concretos de personas donde dicha letalidad pudiera ser mayor. Al mismo tiempo hay que hacer notar que el virus no presenta una letalidad altísima, siendo su tasa global lo suficientemente baja como para poder seguir expandiéndose a través de los asintomáticos.

Junto a todo lo anterior, otros elementos importantes de esta enfermedad son:

a) Una porción importante de los afectados requieren, ingreso hospitalario y, de ellos, una parte importante, debido al fenómeno inflamatorio pulmonar, necesitan tratamiento en unidades de cuidados intensivos (UCI) u otras, que sean capaces de aportar apoyo respiratorio al paciente en grados diversos.

b) La presencia de un número constante de personas que ingresan en las UCI como única posibilidad curativa a la patología respiratoria, supone un incremento notable del uso de las camas disponibles en ellas. Esto genera un importante problema de distribución de recursos sanitarios, no sólo en cuanto a una adecuada asignación de éstos entre los enfermos de Covid-19, sino también en la priorización de ellos frente a otros procedentes de otras patologías habituales. Es más, en ocasiones, la atención a estos pacientes puede paralizar o dificultar la atención de otras patologías como, por ejemplo, las que requieren cirugía programada o ingresos de UCI urgentes. En síntesis, esta enfermedad, hoy en día, tiene la insidiosa cualidad que cuando está en fase de alta transmisión social genera una inhabitual demanda de enfermos para las UCI. Habitualmente estas unidades están pensadas y planteadas en general, para un goteo más o menos controlado de pacientes críticos, así como los derivados de variadas cirugías programadas, buscando un alto grado de supervivencia tras la estancia en ellas.

Estos objetivos se acompañan con una estancia media no muy larga. Pero estos parámetros no se ajustan a la patología del Covid-19 en cuanto no sólo el número de pacientes que requieren estas terapias intensivas es importante, sino que también las estancias de los pacientes en ellas pueden ser de varias semanas y con un índice de letalidad importante. Además, hay que añadir a esto la necesidad de una mayor plantilla de profesionales sanitarios especializados en estas unidades, familiarizados con la patología respiratoria y con el uso de la respiración asistida en todas sus categorías.

c) Al tratarse de una enfermedad infecciosa respiratoria con gran capacidad de transmisión complica enormemente el manejo de los enfermos, teniendo en cuenta que muchos de ellos están encamados y durante un periodo de tiempo largo. Por este motivo el personal sanitario debe tener disponibles equipos de protección en todos los procesos a realizar. Desde la consulta inicial en un centro de salud, la atención en urgencias o el traslado de un paciente desde su domicilio o residencia sociosanitaria, o simplemente a la hora de realizar diagnósticos para descartar la enfermedad. La utilización de todo este material fungible plantea varios problemas logísticos: aprovisionamiento continuo en mercados saturados, posibles productores localizados fuera del país, formación en el uso de los equipos de protección individual (EPI) de los distintos profesionales o instalaciones hospitalarias adecuadas para alojar a un porcentaje alto de enfermos infecciosos.

d) A partir de un grado de incidencia y penetración en la población se dispara al final la letalidad; pero también, antes de esta situación nos encontramos con pacientes que requieren un tratamiento paliativo y a los cuales hay que proporcionar sea o no en circunstancias próximas al colapso sanitario, atención al final de la vida. Se requiere acompañamiento, ayuda espiritual y cercanía de los familiares a los pacientes para evitar una muerte marcada por la soledad y un duelo más difícil de asimilar por sus allegados.

e) Por último, y con los datos actuales, aunque no sabemos la evolución en el próximo otoño-invierno, la infección no parece que tenga un claro pico estacional.

Una vez que ha llegado a la población permanece de forma continuada, expandiéndose en mayor o menor medida. Se convierte en una realidad que altera y condiciona todas las actividades. No parece claro que podamos hablar de oleadas sino más bien de repuntes, que si no son contenidos pueden volver a poner en jaque al sistema sanitario y la propia sociedad. Este último aspecto es también muy importante. Esta infección se difunde asociada a la movilidad social, a entornos cerrados, barrios más desfavorecidos y/o con peores condiciones higiénicas, o en reuniones de grandes masas de personas en estrecho contacto, donde es fácil que se relajen las medidas preventivas. De esta manera, circunscribir, contener o modular la expansión del virus dificulta importantes tareas humanas relacionadas con el trabajo empresarial, la educación en todos sus niveles o el descanso en sus múltiples manifestaciones: espectáculos, viajes o actos sociales, causando un daño económico importante sobre todo al sector servicios. Junto a esto, y no es menos importante, se requieren medidas para limitar el trato entre personas y generaciones, lo cual no favorece el desarrollo de las relaciones humanas, algo básico para la salud psicológica, el progreso personal o la realización ética y religiosa de las personas. Déficit que se incrementa en los más débiles como son los niños y los mayores. En resumen, calificar la situación actual como “*nueva realidad*” tiene algo de cierto, en cuanto no es la que teníamos antes del Covid-19, pero evidentemente no puede llevarnos a pensar que es una situación simplemente distinta o mejor. Es positivo que ésta requiera tanto de responsabilidad personal como social para sobrellevarla y hasta pone de manifiesto aspectos sociales, educativos o económicos que pueden ser mejorados. También hemos descubierto las posibilidades de las nuevas herramientas de información y comunicación en el ámbito del teletrabajo o de su aplicación a la medicina. Pero junto a ello, el curso habitual de nuestras vidas se está viendo reducido o condicionado por este nuevo virus, de tal forma que estamos ante una realidad nueva que presenta dificultades añadidas a las que habitualmente nos teníamos que enfrentar. La naturaleza de este virus reúne en sí un coctel de características que lo constituye en un elemento muy perturbador

del bien común. Es pues necesario un esfuerzo solidario para minimizar los efectos de este virus y, cuanto antes sea posible, neutralizar algunas de sus cualidades, de tal manera que pueda ser sobrellevado como ocurre con otros virus que afectan a la salud humana. Tal como ha sucedido en otras ocasiones de nuestra historia con guerras, epidemias o catástrofes la actual situación será superada con el esfuerzo solidario de todos que mejora a cada persona y a la sociedad en su conjunto.

3. Un contexto con innumerables retos éticos

He indicado en las anteriores líneas que Covid-19 es en nuestra sociedad un importante ente perturbador del *bien común* lo cual le convierte en una realidad dañina. Lo es directamente para la salud física y psíquica de las personas, e indirectamente genera problemas graves en: sistemas sanitarios, educativos, relaciones sociales, laborales, microeconomía y macroeconomía, generación de paro laboral, disminución de la producción y probable aumento de la pobreza en los socialmente más débiles. Como consecuencia de todo ello el virus compromete tanto el presente como el futuro desarrollo de las personas y de las sociedades.

La afectación de un bien tan fundamental como es el de la vida, indirectamente daña el acceso a todos, no solo a los bienes materiales, sino también a aquellos que realizan a la misma persona como a la propia sociedad. De esta manera, la contención de la enfermedad infecciosa se nos plantea, *no sólo como un reto técnico sino ético*, en cuanto que están en juego bienes humanos esenciales muy ligados a su dignidad. Todos los ciudadanos están implicados; pero no es menos cierto, que los responsables de la “*res publica*” (*políticos*) como los profesionales de la salud que tiene que actuar “*in situ*”, se encuentran interpelados por una serie de obligaciones que brotan de esos bienes que están siendo menoscabados por la pandemia. Sus decisiones, por lo tanto, requieren deliberaciones previas que contemplen como eje de sus reflexiones alcanzar soluciones médicas, laborales, económicas o sociales que, en la medida de lo posible, protejan de modo integral dichos bienes o que disminuyan el impacto o daño a ellos. Con el peligro

que siempre tiene toda simplificación, se trata que en un triángulo constituido por tres bienes de la persona como son la vida, las cosas materiales necesarias para vivir y todo aquello que ayuda a desarrollar la persona, se obtenga un equilibrio en el cual el bien común sea el fin a alcanzar, en el contexto espacio-temporal concreto en el que nos encontremos de la pandemia.

La experiencia de estos pocos meses de enfermedad mundial ya nos indica —en mi opinión— una serie de principios éticos que deben ir guiando las decisiones, que en ocasiones hay que ir tomando con celeridad, en varios ámbitos que podríamos denominarlos como: *ética de la prevención, ética de la curación y ética de los cuidados*. Considerando que hay que tener como *primer principio el respeto y promoción de la vida humana* hay que conseguir una priorización de acciones que no lesionen directamente este bien y que permitan el desarrollo de los otros, sabiendo, por un lado, que es imposible conseguir un control total del virus de manera que el peligro de letalidad sea 0 (tampoco lo será cuando exista una vacuna efectiva) y por otro, es *imposible mantener una situación de confinamiento permanente*. Esto último puede ser necesario si la infección tiene una transmisión social muy acelerada en un periodo concreto, como ocurrió en España², pero es insostenible a la larga por el deterioro no sólo en la economía o por el obstáculo que supone para el desarrollo de la propia personalidad, sino también, desde el punto de vista de la salud, en cuanto que en muchas personas ésta puede verse comprometida por tal restricción.

Partiendo de los presupuestos anteriores, considero que habría que realizar toda una serie de acciones en los ámbitos antes indicados, con el fin de combatir *lo mejor posible* con la pandemia. Tales acciones tienen como

2 Las causas están aun por establecer y pienso que como han indicado numerosos expertos hay que realizar un análisis detallado de lo sucedido. Es evidente que durante el periodo del 10/03/2020 al 09/05/2020 se produjo un periodo de exceso de defunciones respecto al esperado de 43556 personas. Este exceso fue superior en un 64,3% y en el grupo de edad superior a 75 años del 74,2%. https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%201%20de%20septiembre_CNE.pdf. Además, aunque no existen datos definitivos, un 70% de las personas fallecidas a fecha de 28 de Mayo de 2020 lo habrían sido en residencias geriátricas: https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf

finalidad evitar que la situación sanitaria se deteriore de tal forma, que se alcance una situación de irreversibilidad que lleve a tomar medidas que hipotequen casi totalmente alguno de los bien indicados. Estas acciones deben de tratar tanto de contener como disminuir el daño principal sobre la salud de los ciudadanos y hasta pueden limitar e incidir de forma gradual en los otros bienes en juego. Tal gradualidad tendrá que ser llevada a cabo, primero con medidas para compatibilizar los distintos bienes en juego y, en segundo lugar, con limitación de actividades no esenciales, empezando por las que puedan tener más incidencia en la contención y en la no expansión del virus. Todas estas medidas habrá que activarlas apoyándose en una evidencia científica sólida que permita mantener la enfermedad en un cierto grado de incidencia que no lleve a la parálisis de las personas, de la sociedad o que suponga una emergencia o desastre sanitario, con peligro de colapsamiento de los servicios de la salud. Se trata de intentar mantener unido el triángulo de bienes anteriormente comentado sin que el vértice —la vida— sea dañado, de forma que no se rompa el equilibrio tensional que tiene que existir entre los bienes. Es evidente que las medidas a tomar requieren para ser efectivas de una clara responsabilidad social de todos los ciudadanos impelidos por la solidaridad social como también por una justicia legal respecto al bien común social. Pero al mismo tiempo, la autoridad tiene un fuerte deber de aplicar todas las medidas a su alcance en *cuanto ésta obligado por la justicia social*. A continuación, juzgo oportuno hablar de algunas medidas que habría que realizar, no solo para preservar los bienes en juego sino para promoverlos. Consideraré especialmente como agente responsable de ponerlas en práctica a los poderes del estado, especialmente a los del ejecutivo y, dentro de él, a aquellas personas responsables *de la política y gestión sanitaria*.

3.1. *Ética de la prevención*

En esta área se trata de elegir los medios más adecuados para contener, neutralizar o tener bajo unos *márgenes razonables* la expansión de la enfermedad. Como dijimos anteriormente, la situación actual apunta

a que el virus está instalado en la población de forma permanente y que es imposible tanto su erradicación como conseguir una presencia residual de él. Pero sí es posible que a través de medidas higiénicas, como de cambios en los hábitos de comportamiento se reduzcan los efectos más deletéreos del virus. Dada esta situación, las administraciones central y autonómica tienen un *compromiso ético de primer orden* en poner todos los medios a su alcance, siendo el primero el económico. Hoy por hoy se requiere de una partida importante y específica anti-covid-19 en los presupuestos. Se trata de preservar la vida de los ciudadanos y de evitar también problemas económicos en el tejido empresarial, así como facilitar el desarrollo de las personas. Además, tales inversiones pueden suponer un elemento no sólo indirecto sino directo de la reactivación económica. La formación y contratación de rastreadores o de personal de laboratorio para hacer pruebas diagnósticas, las medidas de apoyo económico para incrementar el trabajo a distancia, el aumento de aulas educativas o el uso de instalaciones hosteleras de mejor calidad para los temporeros del campo son, entre otras muchas, medidas tendentes a disminuir la aglomeración de personas, la movilidad o de atajar las cadenas de contagios. En esta línea, es indispensable aportar el material suficiente de protección y realizar los cribados correspondientes del personal sanitario, especialmente al que trabaja en residencias sociosanitarias. En este último caso es necesaria *una monitorización constante tanto de los trabajadores como de los residentes* dado el tremendo impacto que ha tenido Covid-19 en las residencias de mayores. Es una *obligación ética prioritaria* poner todos los medios a nuestro alcance para que no se vuelva a repetir uno de los capítulos más desgraciados del inicio de la pandemia como ha sido la alta mortalidad producida en ellas. Es evidente que todas las medidas que estamos comentando suponen la creación de redes de laboratorios de diagnóstico, almacenes de EPI, equipos de formación, etc. todo ello activando un sistema logístico que contemple la distribución y la disponibilidad continua de los medios. Por último, es muy posible, dada la penetración del virus que haya que realizar una remodelación permanente del sistema sanitario. Esto puede suponer

el incremento de camas en las UCI, de neumología o la puesta en funcionamiento de unidades hospitalarias especializadas en Covid-19, con personal adiestrado para el manejo de estos pacientes. Es decir, plantearse una inversión, aunque sea temporal, en el sistema sanitario que desahogue a la atención cotidiana y genere circuitos distintos de pacientes. Por último, la autoridad tiene también el deber de limitar progresivamente, de forma proporcional y en función de los picos de incidencia de la enfermedad las actividades sociales que más estén facilitando la transmisión. Tales medidas tienen que estar bien justificadas y amparadas de forma legal en cuanto afectan al ejercicio de derechos fundamentales de la persona.

3.2. *Ética en la curación*

La esencia de las ciencias sanitarias viene marcada, por un lado, por ser saberes teórico-técnicos y por otro, que muestran una finalidad última centrada en el beneficio del paciente que acude a ellas. A esto se suma, que los servicios que se prestan se realizan sobre la misma persona que los solicita, lo cual hace que de una forma más patente que en otras profesiones el ejercicio de las sanitarias este marcado por el ejercicio continuo de la razón práctica que tiene que discernir lo mejor éticamente en cada acto sanitario. Los sanitarios no sólo están obligados preferentemente por el buen hacer técnico, sino que los agentes comprometidos en un determinado acto sanitario deben tener en cuenta en sus decisiones otros bienes humanos como, por ejemplo: el respeto a la vida, la libertad o a la confidencialidad, lo cual genera deberes que van más allá de la justicia que puede suponer la pericia al aplicar una determinada técnica.

Junto a lo anterior, no es menos importante tener en cuenta la propia naturaleza de lo que son los tratamientos sanitarios. Éstos no son algo obligatorios *per se*, puesto que su aplicabilidad o no viene determinada por el contexto de la situación clínica del paciente. No es el momento de hacer ahora una teoría sobre el particular, pero es fácil comprender que en la aplicación de ellos hay tres aspectos determinantes: el grado de eficacia, la capacidad del paciente para sobrellevarlos corporalmen-

te, mentalmente, así como éticamente y, por último, la disponibilidad de ellos. De esta manera, la adecuación de un tratamiento se debe guiar por un juicio de proporcionalidad sobre su efecto terapéutico, no iniciando aquellos cuyos daños a la persona sean más grandes que los beneficios que le reporta. Junto a esta futilidad o desproporción terapéutica, o mejor dicho dentro de ella, se debe enmarcar también el grado de aceptación que tiene el tratamiento por parte del paciente para iniciarlo. En síntesis, como es bien conocido, se trata de no incurrir en un acto ilícito de empecinamiento u obcecación terapéutica; algo que es un acto de falta de respeto a la vida humana y como tal una *mala praxis sanitaria*. Por último, y de una forma extrínseca, se encuentra la disponibilidad actual de un determinado tratamiento, en función de los recursos que se tienen en un concreto momento y el número de personas que en similar estado clínico son candidatas o subsidiarias de él. Esto supone tomar una decisión de asignación de tratamiento generando una distribución de los enfermos o visto desde la perspectiva del paciente una priorización dentro de ellos.

Respecto a esta *ética de la asistencia*, la pandemia de Covid-19 ha supuesto una prueba de estrés importante sobre cómo ha sido llevada a término. AEBI, junto a otras instituciones ha manifestado públicamente durante la fase crítica española de marzo a mayo de 2020, que los criterios de acceso a las terapias debían regirse por criterios estrictamente médicos y en función de las nuevas evidencias científicas que se fueran generando. En concreto, AEBI ha rechazado la utilización de la edad o la discapacidad como un criterio de exclusión previo de carácter absoluto. Es más, consideramos también que las personas mayores que viven en una residencia sociosanitaria requieren una atención idéntica a las que residen en su domicilio. Es decir, acceso a una valoración y diagnóstico presencial, realizado por un profesional cualificado para esta enfermedad, como también la posible hospitalización en planta o en UCI en igualdad de condiciones que las demás personas. Junto a esto, y en conexión con la ética de la prevención anteriormente tratada, hay que poner todos los medios posibles para

no situarse nuevamente en una situación de colapso del sistema sanitario en el cual la indicación de pacientes a ciertos tratamientos requiera un esfuerzo sobreañadido de discernimiento clínico para distribuir los recursos a aquellos que pueden beneficiarse mejor de ellos. Situación en la cual, la atención siempre sufre una disminución en su calidad con resultados sanitarios inferiores a las condiciones habituales.

3.3. *Ética en el cuidado*

Es bien sabido la dificultad que existe en ocasiones de deslindar donde termina la actividad curativa y la de cuidados durante la curación de una enfermedad en cuanto ambas actividades tienen una mutua finalidad terapéutica. La actividad de la enfermería, por ejemplo, en el ámbito neumológico o en el de las UCI es parte importante de la acción curativa como la pandemia ha puesto de manifiesto, así como el compromiso de estos profesionales en llevarla a cabo. En ella existe, además, no sólo cuidados estrictamente relacionados con el proceso patológico, sino que también hay que atender otras necesidades de los pacientes a lo largo de la enfermedad como son el aislamiento social, la demanda de compañía o la asistencia espiritual. Es cierto que la urgencia y la falta de personal puede llevar a la realización solo de unos mínimos de estas tareas en una emergencia, pero es necesario contemplar que ante futuros repuntes de la enfermedad hay que vertebrar un sistema de atención que satisfaga lo máximo que se pueda estas necesidades de los enfermos de Covid-19.

Junto a la anterior actividad de los cuidados hay pacientes en los que lo primario ya no es curar sino cuidar. Me refiero a estados vitales irreversibles y conducentes a la muerte en un corto periodo de tiempo, o estados crónicos en los cuales no se va a obtener una mejoría de la enfermedad y que requieren de cuidado y acompañamiento. Lo importante y lo que demandan estos pacientes son sobre todo unos cuidados paliativos que les generen el mayor bienestar posible durante los días que les queden de vida. Además, estos cuidados son algo exigido por la dignidad de las personas que se encuentran en este estado. La fase crítica de la pandemia ha puesto

de manifiesto también la falta de un sistema sanitario que pueda responder bien globalmente a estas necesidades de los enfermos. AEBl, como otras entidades, ha instado a un uso adecuado de los cuidados paliativos en la fase crítica de la pandemia y es necesario éticamente proveer los medios, la logística y el personal para que los pacientes y sus familiares más allegados puedan vivir los últimos momentos antes de la muerte de la forma más humana posible.

3.4. *Ética en la investigación*

Sobre este particular AEBl también ha hecho recomendaciones sobre la responsabilidad ética que pesa sobre los políticos y gestores sanitarios para estimular y apoyar la investigación sobre Covid-19. Es una *obligación ética* poner los medios económicos necesarios y facilitar las sinergias entre grupos que investigan esta enfermedad. La reducción o disminución del efecto del Covid-19 sobre la salud solo puede alcanzarse a través de un conocimiento de carácter científico experimental que aporte nuevos datos contrastados y siguiendo siempre la metodología propia de este tipo de conocimiento. Esto último conlleva también una labor valorativa para distinguir los límites de la evidencia aportada por esas investigaciones, así como el grado de provisionalidad que presentan. Estas investigaciones tienen que versar sobre múltiples aspectos relacionados con la naturaleza de este virus y la patología que genera en el organismo humano. Es decir, tienen que abarcar muchas áreas, por ejemplo, sin ánimo de ser exhaustivo: estudios virológicos, vías de entrada a las células, mecanismos inmunológicos de defensa, trabajos dirigidos a identificar perfiles de pacientes más vulnerables, alteraciones tisulares que produce el virus tanto a nivel celular como molecular, secuelas de la enfermedad, estudios sobre las modalidades de transmisión en la población y también los referidos, como no, a la generación de vacunas preventivas. De esta manera, las investigaciones relacionadas con la mejora de los tratamientos, siempre necesarias, sea con medios farmacológicos o de soporte vital, podrán descubrir nuevos puntos de desarrollo y hasta la confirmación de las bases biológicas de su concreta utilidad. Para ello

es imprescindible que el esfuerzo investigador sea continuado y mantenido a largo plazo.

4. Consideraciones finales

Este número 102 de Cuadernos de Bioética —con el cual se cierra el año conmemorativo de los 25 años de AEBl— intenta abordar y profundizar en algunas de las cuestiones éticas que hemos comentado en este editorial con la finalidad de aportar ideas, reflexión y soluciones. El momento actual no es para las confrontaciones, sino que es, para sumar entre todos, para ir encontrando un modo en que el virus no sea un elemento perturbador de la vida social. Se trata de que al igual que ocurre con otras muchas otras enfermedades, de modo gradual su presencia no monopolice y supedita de una forma excesiva nuestro vivir cotidiano. Que al final de este periodo salgamos más reforzados, no sólo en el ámbito de la prevención sanitaria, con nuevos hábitos saludables incorporados por la mayoría de la población, sino también con una mayor percepción de lo importante que es el acto sanitario que en su esencia tiene un *carácter intrínsecamente ético*.

Los diversos artículos de este número abordan sucesivamente dos perspectivas bioéticas. La primera relacionada con cuestiones antropológicas, biopolíticas y del bioderecho, que la pandemia ha puesto en primer plano. La segunda centrada en la atención sanitaria durante la pandemia. El número se complementa con la sección de documentos. Son muchos los que se han editado sobre el COVID-19 en estos meses³. Publicamos los dos que fueron realizados por AEBl, así como el del Comité Asesor de Ética Asistencial de la Región de Murcia. A esto sumamos una carta al editor en la que se nos informa del documento elaborado por la Unesco.

³ Pueden consultarse en la red por ejemplo las siguientes páginas que presentan un elenco de los mismos: <https://www.iborjabioetica.url.edu/es/comunicacion/recursos-eticos-sobre-el-coronavirus-covid-19>; <https://www.cibir.es/es/bioetica/documentacion/biblioteca/covid-19>