



REFLEXIONES ÉTICAS EN TORNO A LAS MEDIDAS TOMADAS EN LAS RESIDENCIAS DURANTE LA PANDEMIA

ETHICAL REFLECTIONS ON THE MEASURES TAKEN IN NURSING HOMES DURING PANDEMIC

CARMELO GÓMEZ MARTÍNEZ

Cátedra de Humanización y cuidado a personas mayores.

Universidad Católica de Murcia

Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Murcia

Sociedad Murciana de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Calle Orden de Santiago, Abarán, Murcia.

+34660742618. gomezmartinezcarmelo@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

Residencias de ancianos, Covid-19, pandemia, ética, bioética, medidas, edadismo.

Recibido: 23/07/2020

Aceptado: 30/07/2020

La pandemia por Covid-19 ha afectado especialmente a los mayores que viven en residencias desde su aparición. Para frenar sus efectos devastadores las autoridades sanitarias pusieron en marcha numerosos protocolos y medidas que han podido vulnerar la debida ética asistencial. El asilamiento social de los ancianos de las residencias, el confinamiento en las habitaciones, el cribado en la derivación de los pacientes mayores a los hospitales, y a las unidades de cuidados intensivos han hecho tanto daño como beneficio. En el presente trabajo se plantean diversas líneas reflexivas en torno a la eticidad de cada una de las medidas adoptadas. También acerca del papel de los comités de ética en la vigilancia y supervisión de todos los procesos asistenciales en las residencias.

ABSTRACT:

Keywords:

Nursing home, Covid-19, pandemic, ethic, bioethic, measures, ageism..

The Covid-19 pandemic has particularly affected older people living in nursing homes since its onset. To curb its devastating effects, the health authorities have put in place numerous protocols and measures that have been able to violate the proper ethics of care. The social isolation of the elderly from the nursing homes, the confinement in the rooms, the screening in the referral of the elderly patients to the hospitals, and to intensives cares units have done both harm and benefit. In the present work, several reflexive lines are proposed around the ethicity of each of the measures adopted. Also about the role of ethics committees in the monitoring and supervision of all care processes in residences.

1. Introducción

Las residencias de personas mayores han sido las instituciones sociales más castigadas por los efectos de la pandemia por Covid-19. Dentro de sus muros han muerto miles de personas, muchas de ellas sin la atención sanitaria mínima requerida dadas las circunstancias¹. Desde el inicio oficial de la pandemia, en marzo de dos mil veinte, las residencias vieron duramente golpeados sus pilares fundacionales. También fueron crudamente castigadas a nivel mediático y político. Sin pretenderlo se intuyeron inicialmente como un chivo expiatorio perfecto ante tanta descoordinación entre las distintas autoridades públicas y privadas, nacionales y regionales, sanitarias y sociales.

2 ¿Es la residencia de personas mayores un contexto ético?

Para este ejercicio de reflexión un buen punto de partida, quizás, podría ser el establecer criterios claros en torno a qué son las residencias y su utilidad. Las residencias se significan socialmente en tanto que instituciones que acogen a personas mayores que por unos u otros motivos no pueden ser atendidas en casa.

Entre las principales causas que hacen optar por una residencia para vivir en los últimos años de la vida figura la incapacidad de la familia para cuidarles, ya sea por falta de conocimientos o por una incompatibilidad con otras obligaciones (cuidado de sus propios hijos, o trabajo)².

El perfil asistencial de los mayores es tan variopinto como la tipología de centros, y además condiciona en parte el motivo de ingreso. A pesar de ello, la clara tendencia al alza en la contratación de servicios en forma de plazas con la administración pública en materia de servicios sociales, por parte de los gestores de residen-

cias, por un lado, y la aplicación de los baremos oficiales emanados de la normativa vigente respecto a la tipología de plazas a contratar³, por otro lado, nos permite inferir un perfil de persona usuaria demandante de plaza residencial en nuestro país.

Si bien no hay grandes estudios del perfil asistencial a nivel nacional, existen algunos de ámbito autonómico que nos pueden servir para nuestro propósito. La persona que vive en una residencia suele ser una mujer mayor de ochenta o más años, con problemas de dependencia funcional moderados-graves en su mayoría; además, más de la mitad de estas padecen deterioro cognitivo en estadio moderado-grave; desde el punto de vista social los hijos suelen ser los familiares más prevalentes, seguidos de otros parentescos (sobrinos, hermanos)⁴; como consecuencia de todas estas características podemos inferir que se trata de personas muy vulnerables y frágiles en todas las dimensiones asistenciales, lo cual supone un factor de grave riesgo a la hora de padecer complicaciones y vivir en un entorno institucionalizado de larga estancia como son las residencias y los centros sociosanitarios⁵.

En definitiva, el perfil asistencial no es tan distinto del que se puede observar en personas que viven en el entorno domiciliario. Ello nos lleva a afirmar que las necesidades que llevan a una persona mayor a una residencia no son directamente de tipo sanitario, sino que más bien son las derivadas por un desamparo social. Esta cuestión es crucial en el presente trabajo pues la residencia surge entonces como “elemento terapéutico” de una parte de la red social deteriorada en el entorno domiciliario, en mayor o menor grado, en la que el anciano vivía. De esta forma, se entiende claramente que la utilidad de la residencia como institución surge exclusivamente en la esfera social, y no en la sanitaria.

1 Médicos Sin Fronteras. [Publicación en línea] “Poco, tarde y mal: el inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España”. 2020. < https://static.msf.es/web/archivos/cov-19/AAFF-MSF-Informe-COVID19-Residencias-BAJA-NOTA.pdf?_ga=2.58504810.153202389.1598786984-1330262862.1598786984 > [Consulta: 18/08/2020]

2 Bazo, MT. “Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 53 (2020). 149-164

3 Gobierno de España. [Publicación en línea] “Ley 39/2006, de 14 de diciembre: Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”. 2006. <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>> [Consulta 1/07/2020]

4 Gómez, C.; Morales, I. [Publicación en línea]. “Perfil socio-sanitario de la persona mayor usuaria de residencia”. 2020. <https://www.laresmurcia.org/download/Informe-lares-murcia.pdf> [Consulta: 23/06/2020]

5 Ruiz, E. “COVID-19 y personas mayores. Algunos aspectos preventivos”. *Revista ROL de Enfermería*. 43(7). (2020). 531

La residencia significa en todo su sentido conceptual una gran casa donde viven muchos ancianos, algunos de ellos con enfermedades, porque no pueden vivir en su casa habitual. La persona que vive en una residencia sigue siendo beneficiario de un sistema público de salud el cual debe garantizarle, como al resto de ciudadanos, una cobertura adecuada y suficiente de recursos sanitarios, públicos y gratuitos, cuando sea necesario.

Ante la histórica carencia de atenciones por parte del servicio público de salud, particularmente en sus dispositivos de atención primaria, numerosas instituciones benéficas, ya desde hace muchos años, fueron aportando recursos humanos y organizacionales para suplir esta inexcusable dejación de funciones. Muchas de estas organizaciones venían acogiendo a ancianos pobres y menesterosos bien por su cuenta, bien a través de acuerdos con entidades sociales municipales, al amparo de la decimonónica Ley de Beneficencia⁶ que ha estado en vigor hasta la entrada del siglo XXI. Entre sus atenciones destacaban la dispensada por personal sanitario como el médico (solía ser el del pueblo o barrio) y la enfermera (o religiosas).

La Ley General de Sanidad de 1986, no menciona a las instituciones residenciales, como tampoco lo hacen regulaciones posteriores que exigen su inscripción en los registros de centros sanitarios autonómicos⁷. Tampoco hacía falta. Que no las nombren de manera explícita no significa que los ancianos que en estas viven deban ser excluidos del Sistema Nacional de Salud. El ciudadano no pierde su naturaleza como sujeto social por el hecho de no ser nombrado específicamente en normativas posteriores a la Carta Magna, ni por cumplir más años que el resto. La persona humana tampoco pierde su dignidad por el mero hecho de vivir en un lugar innostrado como parece ser la residencia.

Entendemos que no ayudó a clarificar el papel de las residencias, ni su naturaleza exclusivamente social, la

manifiesta incompetencia de una mayoría de servicios de inspección de organismos autonómicos en materia de servicios sociales, los cuales ya entrados en el siglo XXI regularon unos mínimos de funcionamiento de estas instituciones incluyendo en las normas todo lo que se veía desde fuera que se hacía en las residencias, sin comprobar si les correspondía o no dichas competencias. Ninguno de estos servicios atendió a las quejas de los gestores de las residencias que les advirtieron de que una administración pública social no puede invadir las competencias reguladoras de las administraciones públicas sanitarias. Como resultado de una cadena de incompetencias, desatinos, y desatenciones, en numerosas normativas autonómicas, que todavía hoy regulan el funcionamiento de las residencias de mayores, se les obliga a que dispongan de médico y enfermera sin que exista un organismo superior que regule su funcionamiento particular.

Posiblemente, en una cuestión de terminología y competencia radique la naturaleza de algunos de los más relevantes problemas de provisión de recursos, y ello nos lleve a otros de naturaleza ética. A pesar de ello, esto no explicaría la distorsión ética que se ha podido observar en la más que evidente desatención sanitaria, y relativamente social, experimentada ya no por las residencias como instituciones, sino por todas las personas mayores que en ellas viven.

En este sentido, el objetivo del presente trabajo es aportar puntos de análisis en el contexto ético de las residencias de mayores que nos sirvan como referencia a la hora de evaluar el impacto en la esfera ética de las medidas adoptadas para paliar los efectos de la pandemia por SARS-Cov-2. Para ello, reflexionaremos y evaluaremos con juicio crítico las principales medidas adoptadas teniendo como referencia los principales textos de ética y bioética que nos sirven de base ya a corto plazo, durante la pandemia, o a largo plazo, emanados de convenciones internacionales. Con más concreción detallaremos las medidas, describiremos los efectos observados y analizaremos los posibles conflictos éticos relacionados. Terminaremos incluyendo una serie de conclusiones a modo de corolario.

6 Reino de España. [Publicación en línea]. "Ley de Beneficencia y Reglamento General". 1849. < <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1849/5398/A00001-00002.pdf> > .[Consulta: 23/08/2020]

7 Gobierno de España. [Publicación en línea]. "Real Decreto por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios". 2020. <<https://www.boe.es/boe/dias/2003/10/23/pdfs/A37893-37902.pdf> > . [Consulta: 23/08/2020]

3. Medidas adoptadas

Las medidas a adoptar por las residencias fueron propuestas, al menos en un principio, tanto por las autoridades sanitarias como por aquellas en materia de política social. Las directrices principales fueron dictadas por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, a modo de recomendaciones generales⁸. A pesar de ello, la proporción entre la regulación social y sanitaria fue diversa a lo largo del tiempo y dependiendo de cada comunidad autónoma. Esto arrojó como resultado una norma básica con poca concreción, por parte de la máxima autoridad en materia de Sanidad de nuestro país, que favoreció una gran variabilidad de normas autonómicas, hasta el punto de resultar contradictorias en ocasiones⁹.

En este escenario no fue fácil delimitar la barrera entre lo adecuado y lo reprochable éticamente. Los principales perjudicados, indudablemente, fueron las personas mayores, pero también los profesionales que vieron cuestionada una praxis que todo el mundo ponía en entredicho y de la cual nadie se había pronunciado hasta ese momento. La inespecificidad de la definición de residencia unida a una serie de medidas tomadas sin saber muy bien qué tipo de objetivos pretendía conseguir dieron como resultado grandes incorrecciones éticas. En algunas ocasiones las residencias fueron excluidas de la mirada y supervisión de las instituciones sanitarias; sus dirigentes entendieron que al ser sociales debía ser la autoridad en materia social la que se preocupara.

Desde el punto de vista ético se cometió una gravísima discriminación de los mayores que en estas vivían, que en determinados momentos llegó incluso al abandono. Una discriminación que no surgió en la pandemia, sino que resulta de una continuidad de aquella que las residencias de mayores históricamente padecen por parte de los servicios públicos de salud. En este caldo de cultivo no nos debe extrañar que, ante una sobredeman-

da de servicios sanitarios, derivados de la pandemia, los servicios sanitarios públicos no tardaran en aludir, como único argumento, el hecho de que nunca se había atendido a las personas mayores de las residencias, y ahora no se iba a comenzar a hacerlo. Según estas autoridades los gestores de las residencias eran los únicos responsables de la inatención.

Este concepto es erróneo desde toda lógica, pues dos aspectos bien diferenciados son, por un lado, la atención a las residencias tal que instituciones, y, por otro lado, la atención directa a las personas mayores que en ellas viven beneficiarias constitucionalmente de los servicios públicos de salud. La decisión de las autoridades sanitarias de no atender a los ancianos de las residencias en cualquiera de sus formas, como seguidamente veremos, más si cabe cuando desde estas instituciones se les pidió ayuda desesperadamente, solo puede entenderse como una lamentable manifestación de insolidaridad y discriminación. De una manera u otra, con voluntad de inhibirse o sin ella, se atentó contra la dignidad de las personas humanas, y en concreto de aquellas más vulnerables, los ancianos. Esto es más grave si cabe, cuando desde organismos internacionales en el campo de la bioética entendieron que los mayores eran personas especialmente vulnerables a las que hay que prestar especial atención, precisamente por serlo¹⁰.

Destaca el interés que siempre debe prevalecer por asumir la denominada ética del riesgo a la que debemos acudir en un intento de dar respuesta a las verdaderas "responsabilidades éticas y políticas muy específicas, respecto a la vulnerabilidad de los individuos que corren un mayor riesgo en su salud, su vida, su dignidad"; es destacable remarcar que la variabilidad de factores y aspectos hacen de esta pandemia una cuestión trascendental por el reto ético que supone, de carácter polifacético; por ello, las decisiones deben ser proporcionales a los riesgos, siguiendo el principio de precaución¹¹. En

8 Ministerio de Sanidad [Publicación en línea]. "Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial". 2020. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm> [Consulta: 25/03/2020]

9 CEAPS. [Publicación en línea]. "Informe analítico de la gestión en centros residenciales en España durante el Covid-19". 15-18. 2020. <https://ceaps.org/descarga-de-documentos/#otros-documentos>. [Consulta: 06/06/2020]

10 Comité internacional de Bioética. [Publicación en línea]. "Declaración sobre el Covid-19: consideraciones éticas desde una perspectiva global". 2. 2020. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115_spa [Consulta: 01/09/2020]

11 Pontificia Academia para la vida. [Publicación en línea]. "Humana Communitas en la era de la pandemia: consideraciones intempestivas sobre el renacimiento de la vida". 5. 2020. <https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/

esta línea deberíamos recordar la especial relevancia del principio de solidaridad a la hora de atender precisamente a los más vulnerables, como son los mayores de las residencias; en este sentido conviene remarcar que “la solidaridad conlleva la responsabilidad hacia el otro que está en situación de necesidad, que se basa en el reconocimiento de que sujeto humano dotado de dignidad, cada persona es un fin en sí mismo, no un medio”¹².

Con ánimo de ilustrar más si cabe nuestras afirmaciones vamos a exponer con mayor concreción algunas de estas medidas.

3.1. ¿Confinamiento o aislamiento?

Desde los inicios del estado de alarma decretado por nuestro Gobierno las residencias fueron objeto de las primeras recomendaciones inespecíficas. La que más afectó a la vida de los mayores y a la de sus trabajadores fue la de “aislar” toda la residencia del resto de la sociedad. Siguiendo las directrices dictadas por el Ministerio de Sanidad se suspendieron todas las visitas de los familiares a las residencias, se prohibió salir a los mayores al exterior, y se les confinó en sus habitaciones durante todo el tiempo¹³. El objetivo más aparente, en principio, perseguía “proteger” a los mayores de una infección procedente del exterior de la residencia. Como veremos, en los momentos más cruentos de la pandemia a esta medida se le añadió, por parte de las autoridades sanitarias, otro objetivo, que las residencias contuvieran dentro de sus muros la incesante demanda asistencial que exponencialmente iba creciendo día tras día y que estaba sobrecargando los recursos humanos y materiales de tipo hospitalario. Los resultados no tardaron en manifestarse: ancianos que enfermaban sin cesar y que no eran derivados a los hospitales morían por decenas cada día en las residencias.

De manera brusca las residencias de mayores se convirtieron precisamente en aquello que nunca quisieron

ser. Al someter al “yo” de cada persona con normas que impedían su libre desempeño vital estos centros se convirtieron en “instituciones totales”, descritas por diversos autores¹⁴, lugares de encierro de personas más que de cuidado¹⁵. El citado término, sometimiento, es todo lo contrario al ejercicio de su autonomía, lo cual vulnera gravemente otro de los principios fundamentales de la Declaración Universal sobre Bioética de la UNESCO¹⁶. Si bien es cierto que estaba en riesgo la salud de otras personas, compañeras de la residencia, a ningún anciano se le preguntó acerca de su consentimiento expreso a esta medida de confinamiento extremo ni se le ofreció otra alternativa que la mera salida a casa de sus familiares, los cuales, también confinados, previsiblemente no podían cuidar de su familiar mayor.

A este grave suceso habría que añadir la circunstancia de que, al no ser reconocidas las residencias como recurso exclusivamente social, las autoridades sanitarias delegaron, por defecto, toda la responsabilidad de la atención sanitaria de los ancianos en los médicos y enfermeras de estos centros. Ante la más que aparente inhibición de las autoridades nacionales y autonómicas en materia de servicios sociales, los gestores de las residencias asumieron que estaban solos, abandonados por los servicios de salud¹⁷.

3.2. La escasez de los equipos de protección individual

Una circunstancia sobrevenida en este punto de nuestra exposición fue la falta, si no ausencia, de la capacidad de provisión de equipos de protección individuales (EPI). El Gobierno de España decretó que los fabricantes y distribuidores de material sanitario de primera necesidad, como llegaron a constituir los EPI, no

14 Goffman, E. *Internados*. Amorrortu, Buenos Aires, 2004. 17

15 Lévi, B. *Este virus que nos vuelve locos*, La Esfera de los Libros, Madrid, 2020, 64.

16 UNESCO. [Publicación en línea]. Declaración universal sobre bioética y Derechos Humanos. 80-87. 2005. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142825_spa.page=85 [Consulta: 23/04/2020]

17 Médicos Sin Fronteras. [Publicación en línea] “Poco, tarde y mal: el inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España”. 2020. < https://static.msf.es/web/archivos/cov-19/AFF-MSF-Informe-COVID19-Residencias-BAJA-NOTA.pdf?_ga=2.58504810.153202389.1598786984-1330262862.1598786984 > [Consulta: 18/08/2020]

rc_pont-acd_life_doc_20200722_humanacomunitas-erapandemia_op.html> [Consulta: 27/07/2020]

12 Pontificia Academia para la vida, *op.cit.* 7

13 Ministerio de Sanidad [Publicación en línea]. “Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial”. 2020. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm> [Consulta: 25/03/2020]

podieran vender a nadie más que al Estado, bloqueando así la única vía de provisión directa de estos equipos. Desde un punto de vista ético la voluntariedad de la acción legislativa atacó de manera flagrante principios éticos fundamentales como el de solidaridad y equidad.

La situación llegó a ser la siguiente: por un lado, las autoridades sanitarias no reconocían su competencia para atender de manera preventiva a los mayores de las residencias y, en consecuencia, no estaban dispuestas a proveer a las residencias de EPI; por otro lado, las residencias que decidieron atender a los mayores por su cuenta pudieron comprobar con grave impotencia como los proveedores de material sanitario y de EPI no les podían vender ningún material, aun disponiendo en stock de los mismos. Como resultado de todo ello, tanto servicios públicos autonómicos de tipo sanitario como residencias públicas y privadas, no pudieron proveer a sus trabajadores de los equipos de protección necesarios para salvaguardar su propia salud y la de las personas a las que estaban atendiendo. Esta circunstancia se significa no solo en el ámbito laboral sino en el ético, tal y como destacó el Comité de Bioética de España¹⁸; también dio lugar a que algunos profesionales vieran confrontados dos bienes, el del cuidado del paciente y de su propia seguridad¹⁹.

Ya de vuelta a las residencias, los trabajadores no pudieron llevar EPI adecuados hasta pasadas varias semanas después del gran aislamiento. Los ancianos estaban obligados a permanecer en sus habitaciones durante todo el día, sin salir y sin recibir la visita de familiares. También tuvieron que verse sometidos a ser atendidos por personal que, siendo el único vector de entrada del virus a las residencias, no podían protegerles adecuadamente al no llevar los EPI recomendados. Uno de los principales principios bioéticos, el de no dañar, derivado de aquel fundamental de respeto a la dignidad de las personas,

fue gravemente vulnerado de manera consciente. Cabe destacar, a modo de contrapeso, el ánimo voluntarioso y beneficiante de algunos profesionales sanitarios de hospitales que, por su cuenta, incluyeron a las residencias que pudieron en redes de distribución de material donado a dichos hospitales. Todavía hoy nos preguntamos los motivos por los que las administraciones públicas sanitarias no extrapolaron a las residencias esta manera equitativa de repartir los recursos propios disponibles, y no solo los donados. Más si cabe cuando los ancianos son personas altamente vulnerables, y deberían haber sido preferentes a la hora de distribuir los recursos.

3.3. La cuestión ética de los protocolos y de los índices

Como instrumentaciones de las medidas impuestas durante la pandemia, de una manera particular resaltamos en estas reflexiones aquellas en torno a la fundamentación ética de algunos protocolos que durante los días de la pandemia han servido de guía a muchos profesionales. La ansiedad inducida por la creciente saturación del sistema sanitario provocó la creación de numerosos protocolos y planes de actuación que perseguían la racionalización del uso de unos recursos potencialmente escasos. Algunos han sido elaborados con relativo acierto y otros son claramente reprobables desde un punto de vista ético.

Es relevante destacar dos grandes grupos de protocolos y planes, entre aquellos que amenazan la dignidad humana. Uno estaría comprendido por aquellos documentos cuyo evidente objetivo es filtrar el acceso al sistema sanitario (entendido como aquel dispositivo que habitualmente funciona fuera del contexto de la pandemia), y en concreto a las unidades de cuidados intensivos (UCI); en el caso de las residencias hablaríamos del momento asistencial a partir del cual los ancianos han contactado con el hospital derivados desde una residencia. El otro, estaría formado por todos aquellos documentos, emitidos por las autoridades sanitarias públicas, que pretenden regular el procedimiento asistencial con los ancianos que viven en una residencia en el caso de que surja una necesidad de derivación hospitalaria. Veremos

18 Comité de Bioética de España [Publicación en línea] "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". 2020. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf> [Consulta: 12/08/2020]

19 Bellver, V. "Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19", *Índice de Enfermería*, 29(1-2) (2020), 46-50

cada uno por separado, motivados por la especificidad argumentativa que los acompaña.

En relación con los protocolos de acceso a las UCI sirvanos de referencia ciertos documentos que han sido publicados por iniciativa de un organismo de naturaleza universitaria aparentemente especializado en bioética²⁰. En dicho documento, en el apartado de anexos, destaca la tabla número dos, en la cual sobresale el edadismo más rotundo. Se puede comprobar que el objetivo de dicha tabla es aportar un argumentario destinado a justificar la exclusión de las personas mayores de ochenta años de las UCI durante la crisis de coronavirus. De una manera arbitraria se esgrimen en el texto las siguientes afirmaciones: menor probabilidad de supervivencia, estancias hospitalarias más prolongadas, menor ganancia de años de vida ajustados por calidad y que han desarrollado la mayor parte de su proyecto vital. Nuestras reflexiones siguen el mismo orden que en la exposición.

En relación con la menor probabilidad de supervivencia es este un criterio inexacto, pues su grado de relatividad desarma el argumento; sirva de ejemplo la situación de vulnerabilidad inmunológica de una persona menor de ochenta años que padeciera un tumor en grado cuatro en tratamiento con quimioterapia; el hecho de circunscribir la menor probabilidad a una cuestión únicamente de edad es reduccionista y atenta contra principios básicos en bioética como el de justicia, y equidad²¹.

En relación a las estancias hospitalarias más prolongadas no puede tenerse en cuenta este argumento por carecer de todo peso ético, pues de hacerlo deberíamos extrapolar la observancia a otros pacientes con enfermedades crónicas e incapacitantes, tal que un EPOC, por ejemplo; sobresale de esta afirmación, sin embargo, una encubierta traducción a costes económicos como consecuencia del mayor tiempo de estancia hospitalaria, lo cual

no debe ser relevante a la hora de proporcionar a las personas que así lo requieran la atención necesaria; desde un punto de vista ético esta argumentación sí es reprobable pues alienta a la discriminación de personas vulnerables, y mayores de ochenta años, por el mero hecho de que exista la posibilidad de ingresos hospitalarios prolongados derivados de su proceso de curación particular.

Respecto al tercer argumento, el de menor ganancia de vida ajustados por calidad, no es sostenible desde un punto de vista ético; el concepto de calidad de vida no recoge las percepciones personales e intransferibles de la vida humana, que no son medibles de manera cuantitativa sino en términos de sentido de vivir; la humanización de la atención sanitaria es incompatible con la asunción de concepciones no personales y particulares de la vida humana; y esto es extrapolable a situaciones donde la persona no tiene capacidad cognitiva para decidir por sí misma; desgraciadamente, el concepto de calidad de vida, o la supuesta ausencia de la misma, es erróneamente esgrimido como argumento habitual por aquellos que se posicionan a favor de la eutanasia, tal y como ya han advertido algunos autores²².

Este tercer punto se enlaza directamente con el cuarto, que hace alusión al agotamiento del proyecto vital de los ancianos; éticamente resulta muy reprobable que no se tenga en cuenta la especificidad del ser humano, el cual merece por el mero hecho de ser persona humana un tratamiento personalizado, individualizado y conforme a sus valores y creencias; ya sean las manifestadas en la actualidad o bien cuando podían haberlas manifestado, en el caso de las personas que padecen algún deterioro cognitivo que le impida gobernarse a sí misma; precisamente es en este tipo de escenarios, protagonizados por personas no capaces cognitivamente, cuando debemos asegurarnos que su vida no pierda el sentido de ser vivida; desahuciarlos por el mero hecho de no poder gobernarse a sí mismos es un acto nihilista, que conduce desgraciadamente a posturas más eugenésicas (eutanasia) que humanistas. La declaración internacional de principios de bioética resalta la necesidad

20 AAVV. Cátedra UNESCO de Bioética. [Publicación en línea] "Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia". 2020. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/doc_recom-pandemia.pdf> [Consulta 22/07/2020]

21 UNESCO. [Publicación en línea]. "Declaración universal sobre bioética y Derechos Humanos". 80-87. 2005. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142825_spa.page=85 [Consulta: 23/04/2020]

22 German, R. "Aspectos sociales de la eutanasia". Cuadernos de Bioética. 30(98). 2019. 25

de observar y proteger la dignidad de los todos seres humanos, y todas aquellas cuestiones que en su atención sanitaria tengan relación con posibles cuestiones éticas. En concreto, la Asociación Española de Bioética advierte de lo reprochable, desde un punto de vista ético, de la utilización exclusiva del criterio de edad a la hora de valorar la posibilidad de acceso de los pacientes a unos recursos congruentemente disponibles; de manera complementaria remarca la relevancia de “discernir lo más adecuado para cada paciente, evitando el abandono, la futilidad terapéutica y cualquier otra forma de discriminación por razón de discapacidad”²³.

En general, en todo el documento que hemos expuesto para ejemplificar una determinada manera de “racionalizar” el acceso a las UCI se vulnera la dignidad y la autonomía de los mayores, pues se evidencian prejuicios relacionados con el sentido de la existencia de los mayores, y por ello se ataca a su dignidad. Se puede comprobar sin mucho esfuerzo un ánimo discriminatorio en la base que sustenta todo el documento, pues expone una imagen de las personas mayores de carácter marginal, excluida de la sociedad y del grupo de otros seres humanos que en cambio sí deberían ser beneficiarios de una atención sanitaria adecuada, los no ancianos. Preocupa que dicho documento haya sido elaborado por un grupo de trabajo perteneciente a un organismo relacionado con la bioética, pues su difusión corre el riesgo de convertirse en un manifiesto contra toda la ancianidad.

Dentro del segundo bloque de protocolos y planes destacan aquellos que han intentado racionalizar la atención a prestar en las residencias, incluida la derivación al hospital cuando el estado de salud de la persona mayor empeora. Dentro de este punto urge reflexionar sobre dos aspectos relacionados entre sí. Uno sería la cuestión de la “alienación” de las residencias, intervenidas por algunos organismos de los servicios públicos de salud al principio de la pandemia. Por otro lado, está la cuestión de los criterios seguidos en las indicaciones de “no derivación” al hospital.

Si bien es cierto que uno de los grandes problemas acaecidos en las residencias ha sido el abandono de los mayores por parte de los servicios públicos de salud, no podemos obviar que cuando esta atención se ha producido, en numerosas ocasiones ha resultado casi tan perjudicial como no tenerla. En todo el territorio nacional numerosos equipos de sanitarios se desplegaron en un intento, no tanto de atender a los mayores de las residencias, sino de frenar la saturación de los hospitales (la atención primaria ya estaba saturada antes incluso de la pandemia) provocada por la afluencia masiva de los ancianos derivados desde las residencias. Se describieron situaciones de enorme frustración entre los profesionales que habitualmente prestan sus servicios cuando estos equipos llegaron a los centros exigiendo una serie de requisitos e intervenciones, imposibles de realizar con los medios que ordinariamente se dispone en las residencias.

A la sensación de impotencia que ya se vivía dentro de las residencias se sumó la obligación de adoptar una serie de medidas que anularon cualquier otra intervención que se hiciera en la residencia con los ancianos. De repente el funcionamiento de las residencias solo se regía por la premisa “Covid positivo” o “Covid negativo”. Aspectos cruciales como la racionalización del uso de medidas de sujeción física, para cumplir con el precepto ético de no dañar, se olvidaron para cumplir con el requisito impuesto por los equipos sanitarios externos de que los ancianos no abandonaran las habitaciones bajo ningún concepto.

Desde un punto de vista ético nos encontramos ante graves contradicciones entre corrientes de la bioética, principalmente la personalista y la utilitarista. Entendemos que teóricamente las dos pretenden lo mejor para la persona, pero en la práctica el método para llevarlo a cabo fue el verdadero protagonista. Si bien desde una perspectiva puramente utilitarista el bien colectivo entendido en términos cuantitativos determina el bien individual, antecediéndolo y condicionándolo, en el caso de las residencias pudimos observar cómo el bien colectivo no era realmente el del grupo de mayores que vivían en ellas; lo que primó en la conceptualización del bien

²³ Asociación Española de Bioética. [Publicación en línea]. “Consideraciones bioéticas ante el Covid de AEBI”. 2020. http://aebioetica.org/archivos/Consideraciones_2.pdf [Consulta: 01/09/2020]

común fue el bienestar de otras personas no ancianas, las que viven fuera de la residencia y con las que los ancianos parecían competir por el acceso y la atención en los hospitales. Desgraciadamente, el carácter vulnerable de los mayores que viven en las residencias, en lugar de ser un criterio de priorización de recursos, se convirtió en todo lo contrario. Se quebrantaron así principios éticos fundamentales, como el de respeto a su dignidad, justicia, autonomía, equidad y solidaridad²⁴. Para ello se desplegó una batería de intervenciones “intramuros” impuestas por los equipos sanitarios externos. Cualquier síntoma y cualquier intervención debía ser supervisada y autorizada por dichos equipos.

A este respecto destaca la puesta en práctica de determinados protocolos en los que se incluían, en ocasiones, criterios de derivación hospitalaria. En sí misma esta acción no es reprobable éticamente, pues asumimos sin dudar que persigue la adecuación del esfuerzo terapéutico a las necesidades reales del paciente demandante de atención sanitaria. El problema ético surge en el mismo momento en el que dentro de dichos protocolos se usan determinados índices o tablas en un intento de hacer “objetivas” cuestiones “subjetivas”. Nos llama la atención algunos de estos índices validados para conocer la supervivencia de una persona al año de una supuesta alta hospitalaria, los cuales, tras puntuar negativamente determinadas circunstancias, sitúan al paciente en un rango de probabilidad expresado en porcentajes; a más puntuación más probabilidad de morir a un año visto. Algunos de los utilizados a la hora de concretar las opciones asistenciales de los mayores en una residencia, durante la pandemia, incluían parámetros tales como tener más de ochenta y cinco años, padecer una demencia o estar institucionalizado en una residencia²⁵. No tiene sentido utilizar un índice que puntúe negativamente a un anciano por

estar viviendo en una residencia, pues las circunstancias que concurren para llevarle allí podrían haber sido perfectamente de tipo social puro, por soledad, por ejemplo, y el mero hecho de la institucionalización haya resultado terapéutico. Además, puntuar negativamente el padecer demencia, sin más matices, obvia de manera flagrante el amplio número de patologías diferentes que caben bajo el paraguas del diagnóstico de demencia; así, por ejemplo, una demencia vascular que cursara con un problema de memoria a corto plazo, no progresivo, pero que precisara de ayuda para desenvolverse puntuaría negativamente en este tipo de índices; esta etiqueta de demencia dentro del contexto de un índice no tiene tampoco en cuenta el estadio en que se encontrara la persona. Nada más de lo ya referido anteriormente podemos añadir en relación al uso de la edad como criterio puntuable negativamente.

Insistimos en que un índice en sí mismo no es un problema ético. El cuestionamiento ético surge del uso que se le quiera dar a dicho índice, y del peso que su resultado adquiera a la hora de tomar decisiones tan relevantes como la derivación de un paciente para una atención hospitalaria. En ocasiones la presencia de dichos índices en los protocolos puede confundir a los profesionales que sin experiencia deben decidir al otro lado de un teléfono si derivar a un paciente al hospital o no.

Esta cuestión se hace todavía más remarcable cuando este mismo índice podría ser utilizado para declinar la atención a prestar a favor de unos cuidados paliativos que en una situación normal no hubieran sido la primera opción. Esta circunstancia, la sustitución de la atención sanitaria habitual por los cuidados al final de la vida puede dar lugar a una falsa sensación de “paliativización” de la atención geriátrica, denostando la utilidad y naturaleza de dichos cuidados, tan relevantes en la población mayor institucionalizada. La prescripción de cuidados paliativos, como única opción a una derivación necesaria al hospital, por causa de sobrecarga del dispositivo hospitalario es éticamente reprobable, ya que se vulnera el principio de justicia y equidad en el acceso a los recursos sanitarios; igualmente, se daña al paciente aun prescribiéndole morfina, pues la atención prestada

24 UNESCO. [Publicación en línea]. “Declaración universal sobre bioética y Derechos Humanos”. 80-87. 2005. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142825_spa.page=85 [Consulta: 23/04/2020]

25 Sociedad Española de Medicina Interna. [Publicación en línea]. “Estudio PROFUND: Desarrollo y validación de un modelo pronóstico y de predicción funcional para pacientes pluripatológicos en España”. 2027. <https://www.fesemi.org/grupos/edad-avanzada/proyectos/estudio-profund>. [Consulta: 16/08/2020]

no es la que necesitaría, circunscrita en momentos anteriores a la sobrecarga de los recursos hospitalarios.

Tal y como refiere el Comité de Bioética de España la cuestión en estos momentos no es tanto si debo hacer lo ideal, pues no podemos obviar la sobrecarga del sistema sanitario durante la pandemia; la acción debería plantarse abstrayéndose por unos minutos de dicha situación estresante y preguntarse acerca de qué se hubiera hecho en condiciones anteriores a la pandemia²⁶; la respuesta debería enmarcarse en un intervalo entre lo mejor y lo menos malo. Para llegar a este punto en la deliberación no es posible asumir que esta se pueda hacer en solitario y en diferido, y sin contar con todo el equipo sanitario, tanto el externo como el de las residencias, así como con las familias en el caso de que el paciente no puede manifestar su voluntad por sí mismo.

Desde un punto de vista ético la búsqueda de la proporcionalidad de la acción terapéutica a la que estamos obligados no puede ser motivo de una no acción. En este sentido, La Asociación Española de Bioética se ha pronunciado de manera muy clara y contundente al resaltar “la importancia ética de asegurar que los pacientes que se encuentran en residencias de mayores tengan similar atención y se utilicen con ellos los mismos criterios para el ingreso, por ejemplo, para hospitalización o UCI, que los que se puedan tener para otros pacientes que procedan de cualquier otro tipo de entorno”²⁷. En la misma línea incluso el Ministerio de Ciencia e Innovación destaca que las decisiones nunca se deben basar en criterio exclusivo de edad cronológica, al no ser ello éticamente aceptable²⁸. Esta premisa debe extenderse a

aquellas acciones que condicionan y/o son condicionadas por variables externas a la dinámica residencial, como es el caso de la sobrecarga de los recursos sanitarios hospitalarios. Ante estas circunstancias, debemos recordar que el principio de equidad y justicia en el acceso a los recursos sanitarios y en el esfuerzo terapéutico de los profesionales debe prevalecer, más si cabe cuando se trata de personas vulnerables, y claramente marginadas del sistema sanitario público, como es el caso de las personas mayores que viven en residencias.

3.4. El papel de los comités de ética

Una última reflexión, relacionada con todo lo anterior, estaría motivada por las circunstancias derivadas de la validación ética de las medidas adoptadas y de los protocolos seguidos. Llama especialmente la atención comprobar que han sido comités de ética de ámbito hospitalario, e incluso algunos de ámbito universitario con carácter consultivo, los que han validado las medidas y los protocolos a seguir en el caso de las residencias de ancianos.

Esta situación no ha sido excepcional en el territorio nacional. Hemos podido observar cómo comités hospitalarios, tras la correspondiente deliberación, concluían que no había conflicto ético a la hora de adoptar medidas que claramente atentaban contra la dignidad de las personas mayores de las residencias. El motivo de tal incongruencia puede obedecer a dos posibles causas. Por un lado, entre los profesionales que conformaban dichos comités no figuraba ninguno que perteneciera al ámbito en el que desarrollan su vida los pacientes a los que va dirigido dichos protocolos. Esta situación, crucial desde los primeros momentos de la pandemia, ha podido incidir en la escala de valoración del potencial daño que se podía hacer con la puesta en práctica, tanto de las medidas como de los protocolos, y ha eliminado un punto de vista que actuara de defensa de la dignidad de las personas mayores por el hecho de serlo. La mirada ética de los comités asistenciales hospitalarios ha podido estar sesgada por una visión exclusivamente técnico-hospitalaria, en detrimento de la mirada holística propia de los entornos asistenciales a pacientes crónicos, tanto en lo relativo a la atención

26 Comité de Bioética de España [Publicación en línea] “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”. 2020. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf> [Consulta: 12/08/2020]

27 Asociación Española de Bioética. [Publicación en línea]. “Algunas cuestiones éticas tras la pandemia por Covid-19 y sobre la situación que suscita la presencia de esta enfermedad en nuestra sociedad”. 3. 2020. <http://aebioetica.org/archivos/Postfasecriticav2.pdf> [Consulta: 01/09/2020]

28 Ministerio de Ciencia e Innovación. [Publicación en línea]. “Informe del GTM sobre el impacto de la Covid-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias”. 2020. https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf [Consulta en línea: 01/09/2020]

como de la protección del recurso hospitalario ante una potencial sobrecarga asistencial. Algo parecido ocurre en el entorno de la atención primaria. Se pone en evidencia la tradicional y exclusiva mirada, desde un paradigma principialista (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), que parece haberse instalado en la práctica clínica; a ello se suma la falta de formación y la denuncia de los profesionales ante la escasez de comités de ética asistenciales en atención primaria de salud²⁹.

Por otro lado, cabe señalar que las residencias de mayores también han podido obviar determinada mirada ética precisamente por la inexistencia del comité de ética en la inmensa mayoría de estas instituciones. El motivo de ello ha podido radicar en la falta de conciencia de la relevancia de dicha mirada, derivada a su vez de una evitación de todo lo relacionado con el mundo sanitario. Si bien las residencias no son recursos sanitarios, sino claramente sociales, ello no puede derivar en una falta de toma de conciencia sobre la eticidad de los procesos e intervenciones que sus profesionales sanitarios llevan a cabo diariamente, a pesar de que estos deban realizarlos porque los que deberían hacerlo no cumplen con sus obligaciones. No debemos olvidar que los comités de ética son un instrumento imprescindible allí donde se realice un acto sanitario, y donde prevalezca el interés por “prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos”³⁰. Posiblemente, la falta de herramientas tan cruciales en el trabajo en equipo, como es el caso de los comités de ética y bioética entre los profesionales de las residencias, y la ausencia de estos entre los comités hospitalarios que han dado su visto bueno a los protocolos implantados, esté relacionado con un estrés sobreañadido entre los profesionales de las residencias tal y como se ha evidenciado³¹.

29 González, E; Feltrer, J. [Publicación en línea]. Aspectos éticos en la toma de decisiones en Covid-19 en Atención Primaria. 2020. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2683 [Consulta: 01/09/2020]

30 UNESCO. [Publicación en línea]. “Declaración universal sobre bioética y Derechos Humanos”. 85. 2005. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142825_spa.page=85 [Consulta: 23/04/2020]

31 Bellver, V. “Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19”, *Índex de Enfermeria*, 29(1-2) (2020), 46-50

4. Conclusiones

Las residencias de ancianos son instituciones donde viven personas muy vulnerables, no solo desde un punto de vista funcional o físico, las cuales precisan de la provisión de cuidados y atenciones de los recursos sanitarios públicos, al ser un derecho inalienable desde el punto de vista constitucional y ético.

Las instituciones residenciales son lugares donde se realizan actos sanitarios, si bien estos se llevan a cabo obligadas por la ausencia de cuidados por parte de la sanidad pública, y en concreto de la atención primaria de salud. A pesar de ello, están sujetas igualmente a la observancia ética en sus acciones. Esta supervisión no solo afectaría a las acciones realizadas por sus profesionales, sino que se extrapolaría a todos aquellos que inciden en la salud de sus habitantes y trabajadoras; en especial de aquellos que han comenzado a intervenir en las residencias procedentes de otros organismos sanitarios durante la pandemia.

Desde el inicio de la pandemia se han puesto en marcha numerosas medidas destinadas a mantener al Covid-19 lo más lejos posible de las residencias, aunque su puesta en marcha en ocasiones ha supuesto la vulneración de principios éticos fundamentales tales como el respeto por la dignidad de las personas, a la autonomía, justicia, equidad y solidaridad. Ejemplo de ello es la presencia de edadismo en los principios éticos que sustentan algunos de estos protocolos, la mayoría de corte utilitarista. Esta evidencia pone en cuestión el papel de los ancianos en nuestra sociedad, y abre el debate en relación al destino incierto de una civilización, la nuestra, que deja apartados y marginados a sus mayores³².

Se ha evidenciado que los índices, tablas y test utilizados en los diversos protocolos y planes de actuación, tanto en el cribado para el acceso de los ancianos a determinados servicios hospitalarios como la UCI, y en la atención sanitaria en las residencias de ancianos por parte organismos sanitarios externos a las residencias, pueden

32 Zizek, S. *Pandemia*, Anagrama, Barcelona, 2020, 91; Lévi, B. *Este virus que nos vuelve locos*, La Esfera de los Libros, Madrid, 2020, 64.

estar vulnerando numerosos y fundamentales principios éticos. Su uso debería de cesar de manera urgente, y si esto no fuera posible su puesta en valor debería someterse a la deliberación por parte de comités de ética con garantías de equidad y justicia en sus deliberaciones.

La pertinencia de la utilización de herramientas tan relevantes en las residencias de personas mayores como los comités de ética debe ser objeto de una seria concienciación y puesta en valor entre los profesionales sanitarios de las mismas. Se debe promover la puesta en marcha de equipos de trabajo coordinados entre los distintos niveles asistenciales, hospitalarios y de atención primaria, a los que hay que incluir a los profesionales sanitarios de las residencias de personas mayores.

Referencias

- AAVV. Cátedra UNESCO de Bioética. [Publicación en línea]. "Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia". 2020. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/doc_recom-pandemia.pdf> [Consulta 22/07/2020]
- Asociación Española de Bioética. [Publicación en línea]. "Algunas cuestiones éticas tras la pandemia por Covid-19 y sobre la situación que suscita la presencia de esta enfermedad en nuestra sociedad". 3. 2020. <http://aebioetica.org/archivos/Postfasecriticav2.pdf> [Consulta: 01/09/2020]
- Asociación Española de Bioética. [Publicación en línea]. "Consideraciones bioéticas ante el Covid de AEBI". 2020. http://aebioetica.org/archivos/Consideraciones_2.pdf [Consulta: 01/09/2020]
- Bellver, V. "Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19". *Índex de Enfermeria*. 29(1-2) (2020), 46-50
- CEAPS. [Publicación en línea]. "Informe analítico de la gestión en centros residenciales en España durante el Covid-19". 15-18. 2020. <https://ceaps.org/descarga-de-documentos/#otros-documentos>. [Consulta: 06/06/2020]
- Comité de Bioética de España. [Publicación en línea]. "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". 2020. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf> [Consulta: 12/08/2020]
- Comité internacional de Bioética. [Publicación en línea]. "Declaración sobre el Covid-19: consideraciones éticas desde una perspectiva global". 2020. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115_spa [Consulta: 01/09/2020]
- German, R. "Aspectos sociales de la eutanasia". *Cuadernos de Bioética* 2019; 30(98):23-34.
- Gobierno de España. [Publicación en línea]. "Real Decreto por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios". 2020. <<https://www.boe.es/boe/dias/2003/10/23/pdfs/A37893-37902.pdf>>. [Consulta: 23/08/2020]
- Goffman, E. *Internados*. Amorrortu. Buenos Aires. 2004. 17
- Gómez, C.; Morales, I. [Publicación en línea]. "Perfil sociosanitario de la persona mayor usuaria de residencia". 2020. <<https://www.laresmurcia.org/download/Informe-lares-murcia.pdf>> [Consulta: 23/06/2020]
- González, E; Feltrer, J. [Publicación en línea]. Aspectos éticos en la toma de decisiones en Covid-19 en Atención Primaria. 2020. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2683 [Consulta: 01/09/2020] comités de ética
- Lévi, B. *Este virus que nos vuelve locos*. La Esfera de los Libros. Madrid. 2020. 64.
- Médicos Sin Fronteras. [Publicación en línea] "Poco, tarde y mal: el inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España". 2020. <https://static.msf.es/web/archivos/cov-19/AAFF-MSF-Informe-COVID19-Residencias-BAJA-NOTA.pdf?_ga=2.58504810.153202389.1598786984-1330262862.1598786984> [Consulta: 18/08/2020]
- Ministerio de Ciencia e Innovación. [Publicación en línea]. "Informe del GTM sobre el impacto de la Covid-19 en las personas mayores, con especial énfasis

- en las que viven en residencias". 2020. https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf [Consulta en línea: 01/09/2020]
- Ministerio de Sanidad [Publicación en línea]. "Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial". 2020. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm> [Consulta: 25/03/2020]
- Pontificia Academia para la vida. [Publicación en línea] "Humana Communitas en la era de la pandemia: consideraciones intempestivas sobre el renacimiento de la vida". 5. 2020. <https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pont-acd_life_doc_20200722_humanacomunitas-erapandemia_sp.html> [Consulta: 27/07/2020]
- Reino de España. [Publicación en línea]. "Ley de Beneficencia y Reglamento General". 1849.< <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1849/5398/A00001-00002.pdf>>. [Consulta: 23/08/2020]
- Ruiz, E. "COVID-1) y personas mayores. Algunos aspectos preventivos". *Revista ROL de Enfermería*. 43(7). (2020). 531
- Sociedad Española de Medicina Interna. [Publicación en línea]. "Estudio PROFUND: Desarrollo y validación de un modelo pronóstico y de predicción funcional para pacientes pluripatológicos en España". 2027. <https://www.fesemi.org/grupos/edad-avanzada/proyectos/estudio-profund>. [Consulta: 16/08/2020]
- UNESCO. [Publicación en línea]. Declaración universal sobre bioética y Derechos Humanos". 85. 2005. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142825_spa.page=85 [Consulta: 23/04/2020]
- Zizek, S. *Pandemia*, Anagrama, Barcelona. 2020. 91

