



Valoración el informe del Comité de Bioética de España sobre el COVID-19

Durante todo ese proceso histórico, hemos orillado la importancia de la salud pública. Es cierto que se ha reflexionado y legislado sobre la misma, pero es más cierto que ni se le ha dedicado el tiempo que requería ni se ha profundizado tanto como se debería haber hecho... y la pandemia nos ha pillado desprevenidos y desprovistos de suficientes medios para afrontarla.

Introducción

A tenor del artículo 77 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, “Se crea el Comité de Bioética de España, como órgano colegiado, independiente y de carácter consultivo, sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud.

Estará adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, que designará su sede.

Por su parte, el artículo 78.1.a) de dicha la Ley prescribe que “1. Son funciones del Comité de Bioética de España: a) Emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico en asuntos con implicaciones éticas relevantes”.

En cumplimiento de lo ordenado en la meritada Ley, el Comité de Bioética de España (en adelante, CBE) ha redactado un Informe a petición de la Dirección General de Políticas de Discapacidad, Secretaría de Estado de Políticas Sociales, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Y, concretamente, se solicitaba asesoramiento al Comité sobre “las implicaciones éticas que para las personas con discapacidad pueden tener las Recomendaciones recientemente



publicadas por el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)”.

Dichas implicaciones éticas se acotaban a “la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos”.

Comité de Bioética de España

Pero, yendo más allá de la petición encomendada, el CBE no sólo ha dictado el Informe a modo de recomendaciones para responder a la solicitud, sino que, además, ha aprovechado el mismo para incluir doce “cuestiones y reflexiones bioéticas directamente relacionadas con la crisis del coronavirus”. Cuestiones, reflexiones y propuestas de importante calado.

Todos esos son los motivos por los que el objetivo general del presente trabajo de investigación, que está redactado a modo de Informe, es delinear detallada y sistemáticamente el contenido del Informe del CBE, explicar las causas de sus propuestas y, finalmente, hacer una estimativa bioética del mismo, que ya se anticipa que no puede ser menos que positiva.

Para alcanzar esos objetivos la metodología cualitativa empleada ha sido mixta: análisis descriptivo, explicativo y valorativo. Los dos primeros análisis se intercalan en el cuerpo principal del presente Informe, mientras que la valoración se incluirá en su propio apartado y al final del mismo.

Los objetivos específicos coinciden con los apartados de este Informe.

Por último, los títulos que encabezan cada cuestión, reflexión y recomendación no se encuentran en el Informe del CBE. Han sido elaborados para dotar al presente análisis de mayor claridad y sistematicidad.



Cuestiones, reflexiones y propuestas

PRIMERA. CONTEXTO DEL INFORME Y SITUACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL CBE

Los miembros del CBE se reunieron el pasado día 4 del presente mes de marzo de 2020.

Como consecuencia de la reunión, prácticamente todos los asistentes quedaron infectados por el covid-19, concretamente desarrollaron “un cuadro clínico compatible con el coronavirus, cuadro que se confirmó en la mayoría de los casos con el resultado positivo de las correspondientes pruebas diagnósticas”.

Ante el impacto emocional que suscita tal información (además de las evidentes reacciones de compasión y solidaridad con todos, hay personas en el CBE que tienen relación directa con nuestro Observatorio), cabe preguntarse por qué han manifestado públicamente tal situación.

Los objetivos de esta información son dos: 1) Trasladar a la opinión pública que la crisis sanitaria que estamos viviendo es una pandemia que nos afecta a todos –nadie estamos exentos-, no una enfermedad que pueden padecer determinadas personas que tienen unas concretas características exclusivas y excluyentes. Hay que tener en cuenta en este sentido que, como decimos más arriba, el CBE se reunió el 4 de marzo y que la redacción definitiva del Informe es de fecha 25 del mismo mes. 2) La situación acabada de describir ha impedido a los miembros del CBE trabajar en otras cuestiones bioéticas que han afectado y afectan a esta crisis del coronavirus.

SEGUNDA. AUSENCIA DE UN INFORME GENERAL SOBRE LA PANDEMIA

A pesar de que se incluyó en el orden del día, en ese momento se valoró no abordar un informe general sobre la pandemia.

Los motivos son dos: 1) El CBE consideró en aquel momento que “el estado de la cuestión no planteaba aún problemas específicos de relevancia bioética”. 2) El protagonismo lo



debían tener el Gobierno y las demás autoridades, de modo que un Informe con mensajes que pudieran correr el riesgo de resultar contradictorios con los mensajes de dichas autoridades corría el riesgo de transmitir más confusión que claridad: se optó en aquel momento, pues, por el principio de precaución.

TERCERA. NECESIDAD DE CRITERIOS UNIFORMES SOBRE LA PRIORIZACIÓN DE PACIENTES

Dado el empeoramiento de la situación en España, la preocupación del CBE era que no se estuvieran estableciendo protocolos uniformes de priorización en la asistencia sanitaria en todos los Centros Sanitarios españoles.

Por tal motivo, escribieron una carta a la Autoridad correspondiente para ponerse a su disposición y evitar así que cada Centro estuviera actuando de modo independiente y sin suficiente base bioética, con el riesgo añadido de que fuera la edad el límite en la asistencia.

Son momentos de crisis, de toma de decisiones clínicas extremas con consecuencias vitales en el sentido absoluto de la expresión. Ahí es donde la Bioética debe aportar una luz racional que aclare o despeje dudas, incertidumbres e inquietudes.

La respuesta de la Autoridad competente fue positiva, de ahí su solicitud del Informe.

CUARTA. LA CRISIS ES UNA CRISIS DE SALUD PÚBLICA

Aunque esta afirmación del Informe parece obvia, y lo es, al CBE le resulta importante remarcarla.

Es una crisis primeramente y sobre todo sanitaria. Ciertamente tiene consecuencias económicas, sociales, laborales... Pero ante todo y por encima de todo, es una crisis de salud pública.

Por esa razón y con la finalidad evidente de detener la pandemia “urge dotar de medios al sistema de salud, tanto público como privado. Esa es la prioridad: reforzar el sistema de salud y a sus profesionales”.



Lo que está en juego es la vida y la salud de muchas personas.

QUINTA. LA ACTUACIÓN DEBE SER DE TODOS

Para alcanzar la finalidad antes indicada, es decir detener la pandemia, al ser un problema de salud pública, es un deber de todos actuar en consecuencia.

La respuesta no está únicamente en los poderes públicos y en el personal sanitario, sino que la solución pasa porque todos los ciudadanos actuemos de modo adecuado y responsable, cumpliendo el Principio de no maleficencia: “Primum non nocere”.

Acertadamente, el CBE continúa diciendo que “la vida de los demás está ahora, más que nunca, en manos de cada uno de nosotros y cualquier salida del domicilio meramente puntual supone un riesgo para la salud y vida de terceros”.

SEXTA. PERO SOBRE TODO DE LOS PODERES PÚBLICOS

Si esta llamada a la responsabilidad individual de cada ciudadano es importante, lo es más en el caso de las personas que ostentan cargos públicos “por la trascendencia social de sus conductas y declaraciones.

Tal riesgo también puede surgir en las redes sociales. Conviene, pues, utilizarlas con prudencia.

SÉPTIMA. LLAMADA A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El objetivo es que “informen con rigor y en tiempo real, sin crear alarma”.

OCTAVA. PICO DE CONTAGIOS Y ALTAS



En el momento de la emisión del Informe (y del presente Análisis), ni se ha alcanzado el pico de contagios, ni el número de contagiados se va a compensar, a corto o a medio plazo, por el de las altas hospitalarias.

Sin infravalorar ni un ápice la tragedia de la situación, el CBE recuerda que “la priorización de los recursos sanitarios no es una novedad ni una consecuencia de la pandemia, sino algo inherente al sistema de salud”.

¿Por qué recuerda tal afirmación?

Por una razón conveniente: en el devenir rutinario de la vida sanitaria la priorización de recursos es tarea diaria en los Hospitales, de modo que lo que el CBE pretende es tranquilizar al personal sanitario y que la situación actual no genere en el mismo “situaciones de excesivo estrés o, incluso, pánico”.

Novena. Recomendaciones ante la escasez de recursos para atender a las personas en situación más grave

Ante la situación descrita, el CBE hace diez recomendaciones:

Primera. Queda fuera de toda duda que lo primero es allegar todos los medios materiales y personales sanitarios disponibles.

El motivo es triple: 1) Detener cuanto antes la pandemia. 2) De ese modo, antes se podrán atajar los otros problemas: sociales, económicos, laborales,... 3) Todo ello exige dotar de medios al personal sanitario para que trabajen en condiciones adecuadas de seguridad.

Segunda. Adoptar criterios en la asignación de recursos que sean comunes a todos los españoles.

La causa es evitar que se produzcan grandes inequidades entre unos y otros.

A tal fin, el CBE recomienda crear, y se pone a disposición del Gobierno a tal fin, un comité de expertos que apruebe tales criterios. La composición de los miembros debe ser



multidisciplinar e interdisciplinar para que aporten las perspectivas científica, clínica y bioética.

“Cualquier criterio que se adopte deberá basarse en el pleno respeto a la dignidad de la persona, la equidad y la protección frente a la vulnerabilidad”.

En cualquier caso, el CBE recuerda que, por un lado, las aportaciones de los distintos comités científicos, compuestos por personas expertas en la materia, son siempre bienvenidos, motivo por el cual deben ponerse a disposición del Gobierno para establecer criterios únicos; pero, por otro lado, sus funciones son de asesoramiento, de aportación de conocimientos, ya que las decisiones de priorización son del Gobierno y, dentro de él, del Ministerio de Sanidad.

Es el Gobierno, pues, quien debe “fijar dicha priorización”.

Tercera. Los criterios son guías, en el sentido de que “no pueden aplicarse de manera mecánica o automática”.

En efecto, “todo ser humano tiene derecho a una consideración personal” y, como es sabido, no existen enfermedades sino enfermos (máxima que se atribuye al Dr. Marañón).

Se pueden establecer criterios generales, pero “deben ser aplicados de manera individualizada”. De hecho, el Informe de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial confirma que “las tomas de decisiones de tanta relevancia deben ser individuales y personales, porque, aunque los procesos puedan coincidir, cada paciente puede ser distinto”.

Cuarta. Las tomas de decisiones deben aplicarse a todos los pacientes, no solamente a los pacientes afectados por el coronavirus.

La atención a los enfermos con coronavirus es una prioridad, pero “la prioridad debe ser horizontal, incluyendo a todos los pacientes (...)”. De hecho, como dice la Organización



Médica Colegial, “todos los enfermos que lo precisen deben ser atendidos de la mejor manera posible en un Sistema Nacional de Salud (SNS) que es de todos y para todos”.

Quinta. Se debe contar con los Comités de Ética Asistencial.

Como se ha indicado más arriba, la toma de decisiones ha de ser individualizada, pero “los profesionales deben contar con la participación de los Comités de Ética Asistencial (...)”. Sobre todo “si surgen situaciones complicadas y de incertidumbre”. Anima el CBE a constituir comisiones permanentes para agilizar el funcionamiento y la toma de decisiones.

Sexta. “Si bien en un contexto de recursos escasos se puede justificar la adopción de un criterio de asignación basado en la capacidad de recuperación del paciente, en todo caso se debe prevenir la extensión de una mentalidad utilitarista o, peor aún, de prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad”.

En algunas recomendaciones que se han publicado aparece el término “utilidad social”. Dicho concepto es “ambiguo y éticamente discutible”, toda vez que va en contra del valor ontológico de la dignidad humana: “todo ser humano por el mero hecho de serlo, es socialmente útil”.

Ningún ser humano es intercambiable, ni la salud que unos pierden se compensa con la salud que ganan otros. La máxima kantiana cobra especialmente validez, ya que ningún ser humano puede ser utilizado como medio para alcanzar los fines de otros.

“En este sentido, resultaría radicalmente injusto que las personas cuya salud está más amenazada por un eventual contagio del coronavirus fueran, a su vez, las más perjudicadas por esta crisis”.

Por otro lado, la prioridad en el tiempo como único factor, sin ninguna otra valoración u otros factores que lo acompañen dejándose así como criterio el azar, también es injusta: no existe “una perfecta situación de igualdad”, ya que caso contrario, generaría, por discriminación, una situación de injusticia.



El criterio de la equidad es, pues, el que más se acomoda el caso que nos ocupa; y priorizar a los colectivos más vulnerables es, en principio, el criterio más adecuado.

Se apoyan en varias Recomendaciones de la OMS (que reclaman un criterio mixto, no únicamente el de utilidad) y en nuestro Ordenamiento Jurídico (artículo 20.2 apartado 3 de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).

Así pues, el criterio en esta situación de crisis debe basarse en un modelo mixto “que tomando en consideración el criterio de utilidad social, tenga presentes los principios de equidad y de protección frente a la vulnerabilidad”.

Cualquier método bioético debe ser esencialmente deliberativo y racional. En este caso lo debe ser aún más si cabe, por la dificultad de tomar decisiones y por la tragedia que todo esto está suponiendo a todo el personal sanitario y a todas las familias.

De tal modo que la maximización de beneficios y minimización de las cargas debe ser ponderada equitativamente, según cada caso, con la distribución justa de tales beneficios y cargas, protegiendo, además, a los más vulnerables. Como dice la OMS, “no es posible lograr plenamente tanto la utilidad como la equidad”.

El término utilidad social, por ambiguo, es un elemento más, no el único, y debe cohonestarse con los otros elementos indicados. De hecho, el método mixto es el que más se aconseja en la comunidad científica.

Séptima. Críticas constructivas a determinadas recomendaciones emitidas por otros comités, como el SEMICYUC.

Determinados conceptos, como los empleados en esas recomendaciones, sobre la no priorización en la aplicación de las técnicas indicadas y adecuadas en este contexto y situación tan grave a las personas con discapacidad o a pacientes con deterioro cognitivo, demencia u otras enfermedades degenerativas no son compatibles con la Convención



Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Tratado firmado y ratificado por España.

Pero, además, lesiona gravemente principios éticos elementales al dividir a las personas en función de su capacidad que hace que las personas con discapacidad tengan menos calidad y, por tanto, no merezca la pena que sean atendidas.

Octava. Debe ser atendido el principio del interés superior del menor.

Lo exige, entre otras normas, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños y nuestra Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor.

Novena. “El criterio de la edad solo puede empleado, pues, para priorizar, pero no para denegar o limitar la asistencia sanitaria y el recurso a determinadas medidas de soporte vital”.

Se insiste en que se ha de valorar las circunstancias individuales de cada paciente, “sin excluir a nadie a priori”.

Décima. “(...) necesaria asistencia prioritaria al propio personal sanitario”.

Se ha desechado un criterio basado eminentemente en la utilidad social, pero ello no impide priorizar la asistencia al personal sanitario.

Por dos motivos: 1) Es la mejor manera de proteger la salud de todos. 2) Por el principio de justicia se ha de priorizar “a los que en el beneficio de terceros han expuesto más intensamente su salud”.

DÉCIMA. APOYO DEL COMITÉ A TODAS LAS PERSONAS Y FAMILIAS

Después de poner de manifiesto el esfuerzo que la inmensa mayoría de los españoles estamos dando, el CBE desea mostrar su apoyo a todas las familias, en especial a las que



se encuentran, además, al cargo de hijos pequeños, personas con discapacidad o personas mayores.

La misma actitud tiene con: a) Los profesionales que trabajan en Residencias y cuidan y atienden a personas mayores. b) Los profesionales que tienen a su cargo a los reclusos. c) El personal farmacéutico. d) Las personas que viven en soledad, sobre todo las mayores: la sociedad les apoya en este difícil trance.

UNDÉCIMA. SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DESPUÉS DE LA CRISIS.

En momentos como este y situaciones parecidas, todos ensalzamos al personal sanitario, pero una vez la situación termine, hay que recordar que a estos profesionales hay que seguir dotándoles de medios económicos, materiales y personales para que sigan realizando su labor con la dignidad que requiere.

DUODÉCIMA. TIEMPO DE PRUEBA, TIEMPO DE OPORTUNIDAD

Cierto es que en épocas de pandemia se ponen a prueba nuestras capacidades, nuestros valores, nuestras esperanzas; pero también sacan a la luz reflexiones, actitudes, virtudes,... que nos hacen avanzar.

La respuesta ejemplar que estamos dando los españoles, primeramente el personal sanitario, para superar la pandemia alberga al CBE esperanza para superar “esta crisis inédita en nuestra historia reciente”.

VALORACIÓN DEL INFORME DEL CBE



Una vez leído y analizado el Informe del CBE, es difícil no estar de acuerdo con sus reflexiones, planteamientos y recomendaciones.

Mostramos nuestra conformidad, pues, con el mismo, siendo nuestra valoración positiva.

Es un Informe eminentemente bioético, con un análisis multidisciplinar e interdisciplinar propio de la disciplina, ya que aplica a la situación sanitaria causada por el covid-19 una metodología basada en datos y elementos clínicos, científicos, jurídicos y bioéticos.

Quizá haya faltado desarrollar o matizar algún punto del Informe, pero entendemos que, por un lado, hubiera sido demasiado extenso y, por otro lado y sobre todo, la causa ha debido residir con seguridad en la situación clínica que ha sufrido la mayoría de los miembros del Comité.

Sí nos gustaría acabar el presente Informe con dos reflexiones:

La primera es que ya es tradicional clasificar la Bioética en tres estadios: Microbioética, Mesobioética y Macrobioética.

La primera tiene que ver con la asistencia sanitaria y la investigación en centros sanitarios (es decir, fundamentalmente la relación médico-paciente), la segunda con las políticas públicas encargadas de gestionar tanto el sistema de salud en su conjunto como la gestión de cada hospital o centro, la tercera tiene que ver con los aspectos bioéticos relacionados con la protección y el cuidado del medio ambiente y la ecología.

A lo largo de la Historia de la Bioética se le ha dado más importancia cronológicamente al primer estadio, después al segundo, y hasta ahora al tercero.

Entendemos que durante todo ese proceso histórico hemos orillado la importancia de la salud pública. Es cierto que se ha reflexionado y legislado sobre la misma, pero es más cierto que ni se le ha dedicado el tiempo que requería ni se ha profundizado tanto como se



debería haber hecho... y la pandemia nos ha pillado desprevenidos y desprovistos de suficientes medios para afrontarla.

A partir de ahora debemos aprender de esta situación que dramáticamente estamos viviendo todos y, en su consecuencia, redoblar nuestros esfuerzos en el estudio, análisis y la promoción de la salud pública para el futuro.

Tal prevención vale también, y con más importancia si cabe, para la gestión y la financiación en este campo por parte de las autoridades públicas, sobre todo sanitarias.

La segunda, íntimamente relacionada con la anterior, tiene que ver con el futuro de cada uno y de la humanidad. Cuando acabe esta situación habrá que cuestionarse y repensar muchos planteamientos que tienen que ver, aunque no sólo, con nuestras prioridades, nuestros objetivos, nuestros hábitos de vida y nuestras relaciones.

David Guillem-Tatay

Instituto de Ciencias de la Vida

Observatorio de Bioética de la UCV