

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

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

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

Estas eran las preguntas planteadas desde *Bioética Complutense*:

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

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

Dr. Juan Pablo Beca

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. *Otros comentarios que desee añadir.*

Nada más. Muchas gracias

Dra. Victoria Camps

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



A mis queridos colegas y amigos/as españoles:

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

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

Pues a responder a las preguntas de Lydia...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. *Otros comentarios que desee añadir.*

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

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

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

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

Unos abrazos fuertes a todos,

Joseph

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Otros comentarios que desee añadir.

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

Dr. Federico de Montalvo Jääskeläinen

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. *Otros comentarios que desee añadir.*

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los problemas esenciales de la pandemia son:

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

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

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