

**COVID Y PRISAS**  
COVID AND RUSH.  
COVID E PRISÕES.

Álvaro Sanz Rubiales<sup>1</sup>

Fecha de recepción: 08.06.2020  
Fecha de aceptación: 23.06.2020

---

**Resumen**

Puede ser bueno hacer memoria de las vivencias de la pandemia COVID-19. En bioética, igual que en otros ámbitos de la medicina, fue preciso redactar guías y recomendaciones sobre la manera de afrontar un problema que no tenía precedentes en la práctica clínica. Algunos de los temas sobre los que fue preciso redactar guías éticas o comentarios fueron: la necesidad del triaje en una situación de limitación de recursos y los criterios para la selección de pacientes, el cuidado y la atención de personas vulnerables para evitar discriminaciones, la atención de una población de riesgo como son los ancianos internados en residencias y el certificado de inmunidad para permitir la movilidad de las personas que hubiesen superado la enfermedad. Las limitaciones más evidentes que hubo que afrontar en la redacción de estas guías y que se deberían evitar en un futuro fueron: las prisas para poder presentar las recomendaciones en un plazo corto en un escenario incierto y cambiante, la soledad del enfermo grave debido al aislamiento y el morir en soledad, la limitación para realizar un estudio adecuado poder consultar a expertos, la imposibilidad de una deliberación presencial que hubo que sustituir con medios telemáticos, no tener una función consultiva sino de valoración de decisiones ya adoptadas.

**Palabras clave:** Bioética, COVID-19.

**ABSTRACT**

It may be good to keep in mind the experiences during the COVID-19 pandemic. In bioethics, as in other areas of medicine, it was necessary to write guidelines and recommendations on how to deal with a problem that was unprecedented in clinical practice. Some of the topics on which ethics guides or comments had to be written were: the need for triage in a situation of limitation of resources and the criteria for the selection of patients, the care and treatment of vulnerable people to avoid discrimination, the care of a population at risk such as elderly people admitted in nursing homes, and the immunity passports to allow the mobility of people apparently cured. The most obvious limitations that had to be faced in the writing of these guidelines and that should be avoided in the future were: the rush to present the recommendations in a short time in an uncertain and changing scenario, isolation and the loneliness of the seriously ill and dying alone, the limitation to carry out an adequate study and the difficulty in consulting experts, the impossibility of a presential deliberation that had to be replaced with telematic resources, to have a role that is not limited to a consultative function but that requires valuing and sometimes assuming decisions already taken.

**Keywords:** Bioethics, COVID-19.

---

<sup>1</sup> Doctor en Medicina. Especialista en Oncología Médica. Máster en Bioética. Máster en Medicina Paliativa. Profesor Asociado. Universidad de Valladolid. Vicepresidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid. Vocal de la Comisión de Bioética de Castilla y León.  
**Correspondencia:** Álvaro Sanz Rubiales, Oncología Médica, Hospital Universitario del Río Hortega, c/ Dulzaina 1 47012 Valladolid. Teléfono: 983420400. E-mail: [srubiales@hotmail.com](mailto:srubiales@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Hace unos días leía cómo unos colegas recomendaban redactar la experiencia de este tiempo<sup>1</sup>. Estamos viviendo un momento histórico global y, especialmente, desde el punto de vista sanitario y epidemiológico. Los que vivimos en el mundo occidental no hemos tenido experiencia directa de otra pandemia similar. Hemos conocido, probablemente, la aparición del SIDA. Pero era otro perfil. Lo de ahora es diferente.

Pienso que tienen razón, que sería bueno que dejáramos por escrito dos cosas que suelen tener mucho que ver: la experiencia y la enseñanza que nos ha dejado y que nos está dejando este tiempo. La experiencia vivida puede ser tanto personal -miedo, medidas de prevención, confinamiento, impacto en la familia cercana...- como profesional, sobre todo entre aquellos que han podido seguir trabajando para ayudar a los demás en este tiempo de hibernación de tantas actividades.

Así que aprovecho el momento para compartir lo que he vivido. Aparte de narrar de manera escueta mi experiencia, mi intención es centrarme en la vivencia de algunos problemas éticos del momento que he tenido que afrontar como miembro de un órgano colegial.

## A MODO DE MEMORIA

Cuando redacto este texto estamos ya en el descenso del pico de incidencia. Hemos subido y hemos bajado la montaña hasta volver casi al terreno inicial. Así que para ver lo que ha pasado con la pandemia hay que mirar atrás. EL COVID-19 no es historia, por ahora, pero sí lo es esa fase *dura* que no sabemos si se va a repetir y con qué intensidad. Ahora es cuando hay que hacer un esfuerzo de memoria para no olvidar lo que vivimos y lo que aprendimos, para seguir teniéndolo presente.

A mediados de marzo se decretó el estado de alarma en España por la pandemia del coronavirus. Una o dos semanas antes ya había algo que se palpaba en el ambiente, en la calle. No ha pasado tanto tiempo, pero podemos narrarlo como un capítulo de la historia que se ha cerrado: “antes del coronavirus”. En esos días recibíamos información a diario de la evolución de los contagios, se habían registrado las primeras

muerres, nos veíamos reflejado en lo datos de lo que estaba pasando en Italia pensando que podía ser un adelanto de lo que nos esperaba, hubo al menos un partido de fútbol a puerta cerrada pero las manifestaciones seguían estando permitidas... De todo eso no hace tanto, aunque ahora nos parezca una realidad histórica diferente. Es como si desde la posguerra escrutáramos los tiempos de preguerra...

En efecto, ya en las semanas previas había inquietud. Se veía venir *algo*, pero muchos pensábamos que no sería para tanto. Una cosa es que en China se construyeran hospitales exprés o que en Lombardía hubiesen aislado algunos focos y otra que eso mismo pudiera pasar aquí. Como mucho contábamos con unos cuantos casos -¡incluso miles!-, algo llamativo y con impacto social... pero asumible y controlado. Controlado como estaban los pacientes que habían diagnosticado hasta entonces: estudiados, aislados... lo mismo que sus contactos. Algo serio, pero delimitable y susceptible de un aislamiento adecuado.

Pero se nos fue de las manos. Se entró en una fase de "transmisión comunitaria": cualquiera que saliera a la calle, se relacionara con alguien, cogiera el metro o el autobús o entrara en un local estaba en riesgo. Y con él, lo de su entorno cercano. Las cifras de infectados crecieron de manera exponencial en cuestión de días. Echando la vista atrás, recuerdo que a mediados de marzo se dio una situación paradójica que hace que sean compatibles dos afirmaciones contrapuestas: "se veía venir" y "algo así era imprevisible". A posteriori no faltan los profetas del pasado que aseguran que ellos ya avisaron. En fin... A partir de ahí se decretó el estado de alarma, la única manera dentro de la legalidad de poder restringir la libertad de movimiento de los ciudadanos y evitar contactos y contagios. El resto de la historia, en sus rasgos generales, también es conocida.

Aunque todavía es pronto, puede ser buen momento para que cada uno vaya concretando sus propias experiencias. No perdamos la memoria de un momento extraordinario. Los tiempos difíciles son tiempos de crecimiento. Si echamos la vista atrás podemos ver que somos capaces de ser solidarios en momentos duros, que sabemos hacer piña cuando el instinto nos dice que es el momento. También nos hemos visto vulnerables cuando ni las instituciones ni el desarrollo tecnológico han

podido evitar el daño. Solo con el confinamiento, algo que aparece en la historia de las grandes epidemias<sup>2</sup> (“huye pronto, lejos, y vuelve tarde”), se ha conseguido paliar, aliviar, retrasar la incidencia, “doblar la curva”, hacer del pico una meseta. Y todo ello a un coste muy alto.

## MI EXPERIENCIA

En cuanto a lo vivido en relación con el COVID-19, a mí se me puede contextualizar en dos poblaciones. Una, la de los sanitarios, esos que pasaron de ser trabajadores a héroes de un día para otro. Otra, la de los contagiados. Justo cuando acababa de estrenarse el estado de alarma, cuando la situación se había vuelto incierta y muy preocupante, empecé con unas décimas de fiebre. Y al día siguiente una PCR (*real-time polymerase chain reaction*) con resultado indeterminado que resultaría positiva 48 horas más tarde. En ese tiempo lo que tocó fue poco más que los síntomas de una buena gripe: cansancio, mialgias, tos, pérdida de peso y de apetito. Por suerte, sin problemas respiratorios. Un día después de mi positivo por PCR, el de mi mujer, también con un cuadro gripal. Pero no se vio afectado nadie más del ámbito familiar. Al final, semana y media hasta empezar a recuperar, y otro tanto para recibir el alta. Tiempo para poder reposar, pensar, leer, ver la tele, oír música, rezar... Un tiempo de crecimiento a pesar de las circunstancias.

El regreso al trabajo coincidió casi con el pico de incidencia. El hospital estaba cambiado. A muchos médicos se les había cambiado de actividad para poder dedicar más espacio y más esfuerzos al COVID-19. Especialistas variados colaboraban en los equipos que atendían a estos pacientes. A mí me asignaron con los médicos que habían sido trasladados a un hospital concertado cercano, de perfil sociosanitario, para atender enfermos de Medicina Interna con otros diagnósticos. No era mi especialidad, pero no era algo relevante, lo que contaba es que se pudiese colaborar con experiencia clínica y sentido común. Pero poco duré en ese equipo, muy poco. A las dos o tres horas, cuando acababa de ver a los pacientes y empezaba a entrar en el programa informático del hospital, que para mí era algo nuevo, me llamaron para proponerme entrar en el equipo de apoyo a residencias. Yo ya me había ofrecido a entrar en

equipos COVID. Y ahora uno de los del equipo se había contagiado por COVID-19 y había que cubrir el hueco.

Fue una vivencia interesante<sup>3</sup>. Llegar a atender ancianos con COVID-19 desde el mundo de la Oncología y con experiencia en cuidados paliativos puede hacer más fácil afrontar la enfermedad con una actitud de conformidad al pronóstico, entender que los tratamientos tienen una eficacia limitada (e incluso discutible) y decidir, llegado el caso, no emplear lo que no haya demostrado beneficio en una situación similar. Este era el escenario inicial del tratamiento aparentemente específico del COVID-19 en la fase más dura de la pandemia. No se debe olvidar que se trata de un proceso vírico sin tratamiento específico contrastado (solo remdesivir ha demostrado, unas semanas después, un beneficio limitado en un perfil de pacientes) y en que la labor clínica principal es el tratamiento de soporte y la prevención y el tratamiento de posibles complicaciones. También en Oncología o en cuidados paliativos se entienden bien el sentido que tienen los cuidados intensivos en algunos perfiles de pacientes; así, llama la atención que en nuestro medio la proporción de enfermos oncológicos con COVID-19 que ingresaron en UCI fue muy pequeña en comparación con, por ejemplo, con USA o Canadá<sup>4</sup>. El concepto clínico de futilidad ayuda a entender que hay pacientes en los que las opciones posibles no son siempre opciones razonables. En este sentido un punto de referencia útil en la toma de decisiones fue preguntarse cómo hubiese actuado fuera de este escenario, es concreto, “¿qué hubiese decidido hace un año con este mismo paciente?”<sup>5</sup>.

## **LAS PRISAS**

Es probable que una de las experiencias comunes de estas semanas, que muchos hemos compartido pero que quizás todavía no hayamos tenido tanta conciencia – porque ha sido una cuestión secundaria dentro de un daño mucho mayor-, haya sido el problema de la improvisación y de las prisas. De la dice se dice que es mala consejera, muy mala... Mientras el tiempo pasaba lento y con muy pocos cambios en la rutina del confinamiento, las decisiones se han tomado con prisa, se han cambiado, han perdido validez en cuestión de días... Ha sido preciso tomar decisiones de una manera rápida

en un escenario cambiante. Y no solo de una manera rápida, sino con datos limitados, con una experiencia muy escasa y con falta de perspectiva. Y eso que hace más de cinco años, fuimos el primer país no africano con transmisión del Ébola, una situación que creó en su día un clima de opinión sobre la necesidad de medidas de aislamiento estricto en ciertas situaciones y el modo en que deberían llevarse a cabo que, tal vez, nos hayan sido de utilidad en la pandemia del COVID-19. En todo caso, las incertidumbres y las sorpresas que deberían ser la excepción y solo se justificarían por una necesidad imperiosa y sobrevenida pasaron a ser la norma. Es como si nos hubiésemos acostumbrado a conducir a base de volantazos porque las curvas llegaban sin avisar.

Hemos visto improvisación en la disponibilidad de medidas de protección para la población general y para los profesionales específicos que los necesitaban, no solo los sanitarios. Ha habido improvisación –facilitada por la falta de recursos y, tal vez, la falta de previsión– en la gestión y en la interpretación de las pruebas diagnósticas que se han prestado a interpretaciones muy variadas. Ha habido improvisación en los documentos redactados por grupos, sociedades científicas y comités de expertos. Las prisas por presentar estas guías cuanto antes no han permitido tener una perspectiva suficiente. Se han querido ofrecer manuales de actuación en una situación sin precedentes y en la que, como no es posible basarse en una evidencia científica que no existe, los criterios para apoyar las recomendaciones han sido el sentido común, la evidencia indirecta tomada de situaciones de gravedad, infecciones similares, pero no iguales y la actitud de evitar riesgos. La propia urgencia de la sociedad científica de tener evidencia en que apoyarse y las prisas de los autores por presentar sus resultados han llevado a que se hayan publicado estudios sin el respaldo metodológico adecuado -incluso en las revistas de mayor prestigio- de los que los propios autores se han retractado al poco tiempo<sup>6</sup>...

## **BIOÉTICA Y PRISAS**

Han sido momentos de premura, de crisis y, sobre todo, de incertidumbre. En un escenario así la actitud mental ideal es *esperar lo mejor* –es decir, no perder nunca la

esperanza – y, a la vez, *estar preparado para lo peor*<sup>7</sup>. En las primeras semanas la situación que se agravaba de día en día llevaba pensar que había que empezar a prepararse para el desastre no solo como restricción de recursos sino como colapso del sistema sanitario, de los hospitales, de la capacidad de atención a pacientes no solo de los pacientes con COVID-19 sino también con cualquier otra patología.

Es en este escenario de incertidumbre y malas expectativas en el que ha sido preciso deliberar y hacer públicas reflexiones sobre cuestiones bioéticas como la necesidad del triaje (selección) de pacientes o sobre cómo atender a los ancianos de las residencias en la época de máximo estrés sanitario. Los documentos se han redactado en un plazo de pocos días porque no eran reflexiones teóricas sino instrumentos prácticos, guías que debían ayudar en las decisiones que se estaban tomando en ese mismo momento y que no se podían demorar. No eran meros comentarios, ideas o ayudas ante situaciones potenciales, eran documentos redactados para orientar ante un problema real, presente y progresivo. No podían limitarse a meras especulaciones.

En estas circunstancias, más aún en una situación de confinamiento, la deliberación ha sido limitada. El contraste de ideas por correo electrónico, mediante mensajes o en una reunión virtual no tiene la fuerza del contraste de ideas presencial, pero es la única alternativa razonable en situación de necesidad. Pero las limitaciones se hacen evidentes cuando el documento se publica y queda abierto a la opinión pública.

Se presenta una pequeña selección de temas que de manera directa o indirecta han entrado en las deliberaciones virtuales que en ocasiones fue difícil afrontar con *las prisas*.

1. La oleada de casos con diferentes niveles de gravedad hizo prever y, en ocasiones, palpar el problema de la falta de material, de personas, de espacio... Por eso una de las primeras cuestiones relevantes fue la del triaje. Un criterio ético elemental es que el triaje es legítimo en situaciones concretas de limitación de recursos. Otra cuestión es por qué faltan y si podría haberse evitado con una buena planificación. Pero si los recursos faltan, es legítimo –no solo legítimo sino necesario- emplearlos de manera selectiva. Pero un principio así de claro, abierto, se tiende a perfilar con criterios de selección primero cualitativos y luego cuantitativos. Y ahí surgen buena

parte de los problemas. Una cuestión donde es necesario individualizar, personalizar, se puede manejar de una manera demasiado automatizada y se puede perder la perspectiva de cuál es la función del personal sanitario -que debe regirse por el principio de justicia- y cuál la de la autoridad -que es la que debe garantizar la asistencia universal-.

Los protocolos y algoritmos clínicos son un medio, un resumen práctico. Pero si se les da más valor del que tienen pueden ser un riesgo. En las decisiones del triaje se puede caer en el exceso de gestión algorítmica y protocolización de la realidad clínica, que llevan a que la norma termine estando por encima del principio en que se fundamenta y que la persona a la que se le aplica. Con un protocolo o algoritmo se corre el riesgo de saber qué es lo que hay que hacer, pero sin conocer en qué se fundamenta esa recomendación, si es válida siempre o tiene limitaciones. Y se puede aplicar a las personas sin profundizar en su realidad clínica y en sus circunstancias y valores. Los médicos en ocasiones asumimos mal la autonomía en la toma de decisiones (una libertad que implica una responsabilidad) y preferimos las guías que protocolizan cada paso sin margen a la interpretación o a la individualización de las decisiones. Así, unos instrumentos pensados para ayudar acaban convirtiéndose en dogmas irrefutables, en vías de carril único, hasta el punto de que la norma deshumanizada puede rozar la crueldad.

En esta línea, también sucede que en la planificación sanitaria a veces se tiende a idealizar la asistencia, es decir, a pensar que es suficiente definir unos objetivos y un proceso logístico razonable para que las cosas funcionen tal como está previsto. En un escenario así no es raro que se generen estructuras intermedias que, en teoría, están diseñadas para facilitar y agilizar la gestión. Sin embargo, en ocasiones hay que minimizar la tendencia a crear estructuras y comités multidisciplinarios como apoyo en la toma de decisiones y en la selección de enfermos (por ejemplo, en el triaje de pacientes). Porque lo que se diseña como una ayuda para reducir la presión se puede entender como una nueva carga externa –un trámite administrativo más- que los *teóricos prudentes* imponen para que se lleve a cabo lo que ellos entienden como una buena práctica ética. En el fondo, una imposición que en ciertos casos no es funcional ni cubre una demanda real.



2. La salud pública ha primado a la hora de exigir el aislamiento de los casos confirmados de COVID-19 e incluso los sospechosos. El aislamiento ha supuesto un daño emocional para pacientes y familiares. Y ha llevado a que hayan sido muchos los pacientes que han fallecido solos -a pesar del esfuerzo y de la humanidad del personal sanitario que los atendía-. Esta situación ha provocado un daño secundario en los familiares que no han podido acompañar, ayudar y que en ocasiones han recibido una información limitada. En líneas generales se ha facilitado la comunicación telemática siempre que fuera posible y se intentado humanizar las últimas horas de muchos pacientes permitiendo la entrada -limitada y con las debidas medidas de prevención- de un familiar.
3. Se han tratado también cuestiones como la atención y el tratamiento de los ancianos en las residencias de mayores durante la pandemia COVID-19. Se ha valorado si era adecuado o conveniente centralizar la atención de estos pacientes en las propias residencias. Los motivos eran varios: era la línea propuesta por las autoridades sanitarias, se debían implementar equipos específicos multidisciplinares para apoyar a los profesionales de las residencias, se evitaban traslados que podían aumentar los riesgos de contagio (y derivar secundariamente nuevas cuarentenas) y se procuraba que los ancianos continuaran en su medio. Como ya he mencionado, he tenido la suerte de vivir la experiencia de participar en uno de estos equipos multidisciplinares que, por desgracia, se han implementado de una manera muy desigual. Y he podido apreciar que la alarma social ha impedido entender los criterios en que se basaba esta atención. Y tampoco ha permitido apreciar que una proporción muy alta de ancianos debidamente atendidos en su medio no eran candidatos –no solo en este escenario epidemiológico- a medidas intervencionistas. El intentar limitar traslados de aquellos en que se esperaba poco o ningún beneficio clínico y que podían saturar un sistema hospitalario muy estresado se ha entendido como discriminación. El tiempo ha llevado a que el componente emocional del duelo genere y transmita un sentimiento de culpa
4. Se han hecho, incluso, valoraciones éticas sobre futuribles que no llegaron a concretarse como el llamado *pasaporte inmunitario*. De fondo se encuentran las

dudas y las incertidumbres clínicas en cuanto a la fiabilidad de los resultados epidemiológicos y la duración de la respuesta inmunitaria eficaz. Pero, además, esta cuestión se puede entender como una discriminación injusta por motivos de salud o bien como un sistema selectivo que sencillamente limita la movilidad de las personas que pueden suponer un riesgo sanitario global. E incluye cuestiones como privacidad, posibilidad de fraude, inducción a la infección si del pasaporte inmunitario se puede conseguir un beneficio laboral o social...

5. Y en este tiempo también se ha trabajado en el concepto de vulnerabilidad y de discapacidad. En una situación de desastre se puede optar por una de dos opciones. La primera sería la de salvar primero a los útiles, a los “imprescindibles”. El fenómeno del *arca de Noé* tiene un perfil tan utilitarista que muy raramente sería defendible. Tal vez se podría plantear si el escenario fuera una distopía de novela en que la amenaza es la extinción y hay que seleccionar a la pequeña colonia de privilegiados que van a subir a una nave salvadora. Extrapolar los modelos de economía sanitaria, que asignan un valor a variables como tiempo y calidad de vida a la actitud práctica ante un paciente concreto supone asumir un riesgo demasiado alto de error y de injusticia. La segunda opción ante el paciente discapacitado, que es la que se aconseja en el día a día, es la de proteger al vulnerable, al que no es capaz de hacerlo por sí mismo y necesita más cuidados externos.

Como sociedad, nuestra obligación es cuidar al que no puede cuidarse. Eso es lo que nos hace grandes. Sería aplicar aquello de, en caso de naufragio, “las mujeres y los niños primero” y el último, el capitán. En una pandemia y una situación de crisis como la que hemos vivido hay que esforzarse por buscar al débil. Muchas veces no va a ser él quien lo exija: no está en condiciones de comprender lo que pasa ni de buscar salidas... Y hay que protegerlo, es decir, hay que darle las mismas opciones – al menos- que a los que sí pueden reivindicarlas. En todo caso, habría que anotar que no hay que confundir la discapacidad basal –mental o física- con la discapacidad sobrevenida como consecuencia de la progresión de una enfermedad con un pronóstico limitado.

Hay muchas otras cuestiones de perfil bioético que no han sido, por ahora, motivo de deliberación: la suspensión de la asistencia habitual en numerosas patologías, la atención telemática, la selección de profesionales para atender o para evitar patologías de riesgo, el daño psicológico y emocional en enfermos y familiares y en los profesionales sanitarios, el conflicto de valores entre la prevención sanitaria y el perjuicio económico...Confiamos en que, llegado el día, se puedan tratar con calma y en el ambiente y con los medios adecuados.

En cualquiera de estos temas se pueden adoptar medidas o plantear orientaciones más o menos prudentes. Pero tener que afrontarlas con la necesidad de una respuesta casi inmediata, sin el tiempo de estudio y reflexión necesario, sin una deliberación abierta, sin haber podido escuchar a expertos en temas que no son los de la práctica diaria... son circunstancias que influyen -¡y mucho!- en los resultados. Creo que ha sido una experiencia común que, con el paso de los días, de las semanas, el estudio y la experiencia se tiene un conocimiento mejor y mayor. Y conocer más y mejor lleva a replantearse el modo de ver las cuestiones, las posturas iniciales y las primeras recomendaciones. ¡Cuánto enseñan el paso del tiempo y la experiencia!... Entre otros motivos, porque son la puerta de la conciencia que nos lleva a reconocer los errores.

### **ALGUNAS PREGUNTAS QUE HA HABIDO QUE RESPONDERSE**

- ¿Realmente no había tiempo para decidir?

Es cierto que no lo hubo, al menos, muchas de las personas implicadas. Pero no todos los problemas fueron realmente sobrevenidos: unos cuantos fueron situaciones que cabía esperar y otros eran ya una evidencia en otros ámbitos.

- ¿Era verdaderamente necesario tener un dictamen sobre todas esas cuestiones?

Se han buscado directrices para todo tipo de situaciones. Uno de los motivos es que se ha producido un bloqueo de la iniciativa: todos los estamentos han esperado directrices superiores que marcaran la pauta.

- ¿Se tomó en cuenta la opinión o sencillamente se instrumentalizó de manera bienintencionada?

A la vez que se bloqueaba la iniciativa se percibía un cierto miedo, una prevención de las consecuencias futuras de las decisiones en situación de crisis. Se ha intentado prevenir las críticas que pudieran sobrevenir con dictámenes e informes técnicos que sirvieran de apoyo. El contexto exigía que todas las decisiones fueran técnicas o, al menos, hubieran sido generadas o estuviesen apoyadas por un grupo de expertos. Se ha considerado que la decisión política más adecuada ha sido la decisión técnica<sup>8</sup>. Los informes, en el fondo, se han entendido como una guía y, a la vez, como un respaldo.

- ¿La presión del momento, la necesidad de mantener la unidad en tiempos de crisis e incertidumbre sesgó nuestra libertad a la hora de hacer planteamientos que pudieran oponerse o matizar la normativa?

Es probable. A veces uno prefiere sacrificar la visión particular para preservar el bien de la unidad, sobre todo en escenarios de crisis, aunque de esta manera traicione en parte su papel dentro de una estructura colegiada. Es necesario tener conciencia de que hay que intentar respetar los dos valores: la unidad, el apoyo y, a la vez, el peso que da cada uno a sus criterios. Son las condiciones de cada uno en el contraste de opiniones de un órgano colegiado lo que le da riqueza al individuo y al grupo. El anonimato, el mimetismo en el grupo es, en el fondo, un desprecio a la persona y al grupo.

- ¿Nos hemos dejado embriagar por el prestigio?

La duda es si se ha actuado con prudencia para buscar el bien o si lo se ha hecho para conseguir el aplauso o, al menos, el reconocimiento de rectitud, sabiduría y virtud. Ha habido preocupación por la crítica y se ha podido sobreestimar un compromiso subjetivo de tener que cumplir ciertas expectativas.

- ¿Se han sabido definir las funciones?

Ha habido un cierto riesgo de mesianismo. Los que deberían haber sido solo consejos o una mera exposición y discusión de valores a veces se han entendido como guías prácticas. Se ha estado, en ocasiones, demasiado cerca de la función de

técnico o de gestor cuando la labor debería haber sido la de asesor, la del que aporta conocimiento y experiencia sin ambicionar capacidad de decisión.

### **UNA OPORTUNIDAD DIDÁCTICA.**

Hemos tenido la oportunidad de actuar en un escenario sin precedentes por la complejidad de la situación epidemiológica, por la gravedad del proceso y por el perfil de los pacientes. Además, ha sido un escenario cambiante. Quizás no tanto como nos han dicho. A veces el escenario no cambia, pero sí nuestra perspectiva y lo que se asume como cambio es sencillamente un mayor conocimiento de algo que sigue igual: nos parecen diferentes porque sabemos más... pero sigue siendo lo mismo. En todo caso por cambio real o por mejor conocimiento, las prioridades se alteran, aparecen nuevos campos que explorar, se abren nuevas perspectivas...

Para poder aprender de verdad hay que reflexionar. Las situaciones de tensión, de crisis, sacan lo mejor y lo peor de cada persona. Es importante en ese momento pararse a pensar. Y reconocer cómo actúa cada uno. Saber si realmente el motivo de nuestros actos es el altruismo y la conciencia de cumplimiento del deber, la profesionalidad<sup>9</sup>. Saber si, al contrario, lo que hay es miedo y saber decirlo. Y saber decir por qué se tiene miedo, porque realmente ha habido razones para tenerlo<sup>10</sup>. Saber si actuamos por otros motivos, a veces no rectos, de prestigio o de protagonismo que, a pesar de todo, pueden ser muy eficaces.

Ahora es el momento de pararse, de pensar, de dialogar, de deliberar. Ahora hay tiempo. La urgencia – al menos por ahora- ha pasado. Tengamos la prudencia de evitar las prisas, de mirar hacia atrás ¡y también hacia delante! con calma y veamos realmente qué hemos aprendido, qué emociones hemos vivido y luego se nos han ido, se han olvidado, qué valores cambiaron en nosotros, aunque solo haya sido durante unos días. Aprovechemos ahora para poner los medios para saber un poquito más, para conocernos un poquito más y para ser un poquito mejores.

## REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Gómez B, Raigada C. ¡Ayudadnos a entender! Atlantes. Investigación en Cuidados Paliativos. <https://atlantescuidadospaliativos.wordpress.com/>
- <sup>2</sup> Pérez Moreda V. Las epidemias en la Historia. En: Fundación Ciencias de la Salud. Desde la memoria. Historia, Medicina y Ciencia en tiempo de... Epidemias. Ergon: Madrid. 2010. p. 9-30.
- <sup>3</sup> Santiago A. La intervención médica externa de residencias de Valladolid frena el caos de contagios y carencias. El Norte de Castilla 07-05-2020. <https://www.elnortedecastilla.es/valladolid/intervencion-medica-residencias-20200502081714-nt.html>
- <sup>4</sup> Kuderer NM, Choueiri TK, Shah DP, et al. Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study [published online ahead of print, 2020 May 28]. Lancet. 2020;S0140-6736(20)31187-9. doi:10.1016/S0140-6736(20)31187-9
- <sup>5</sup> Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. 25 de marzo de 2020.
- <sup>6</sup> Iacobucci G. Covid-19: Validity of key studies in doubt after leading journals issue expressions of concern. BMJ 2020;369:m2224 doi: 10.1136/bmj.m2224
- <sup>7</sup> deLima Thomas J. Pandemic as teacher - Forcing clinicians to inhabit the experience of Serious Illness [published online ahead of print, 2020 May 20]. N Engl J Med. 2020;10.1056/NEJMp2015024. doi:10.1056/NEJMp2015024.
- <sup>8</sup> Montalvo F. De pandemias y “Nuevas Atlántidas”. FronterasCTR. Cátedra Francisco José Ade Ciencia, Tecnología y religión. Universidad de Comillas. <https://blogs.comillas.edu/FronterasCTR/2020/05/13/pandemias-nuevas-atlantidas/>
- <sup>9</sup> Sanz Rubiales A. Ser médico en tiempos del COVID. Observatorio de Bioética. Fundación Pablo VI. <https://www.fpablovi.org/index.php/covid-19/968-ser-medico-en-tiempos-del-covid-19>
- <sup>10</sup> Lynn Beach S. Of heroes and cowards. [published online ahead of print, 2020 June 3]. N Engl J Med. 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2013266