



# CONSTRUIR SOBRE ROCA

**BASES ANTROPOLÓGICAS  
Y ÉTICAS DE LA CIENCIA,  
LA CULTURA Y LAS INSTITUCIONES**



Óscar Dejuán  
Carmen González Carrasco  
José María Martí

**COORDINADORES, UNIVERSITAS - UCLM**



Ediciones de la Universidad  
de Castilla-La Mancha

© de los textos e ilustraciones: sus autores

© de la edición: Universidad de Castilla-La Mancha

Edita: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha

Colección ATENEA n.º 20

Ilustración de cubierta y composición: Jaime López Molina



Esta editorial es miembro de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional

I.S.B.N.: 978-84-9044-405-4

D.O.I.: <http://doi.org/10.18239/atenea.2020.20.00>

Hecho en España (U.E.) – Made in Spain (U.E.)



Esta obra se encuentra bajo una licencia internacional Creative Commons CC BY 4.0. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra no incluida en la licencia Creative Commons CC BY 4.0 solo puede ser realizada con la autorización expresa de los titulares, salvo excepción prevista por la ley. Puede Vd. acceder al texto completo de la licencia en este enlace: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

# ÍNDICE

---

- 1. Introducción** *pág\_05*  
*La importancia de construir la casa sobre la roca*
- 2. Corrientes antropológicas de la filosofía contemporánea** *pág\_14*  
*Pedro López García*
- 3. Una palabra vale más que mil imágenes** *pág\_25*  
*Antonio Barnés Vázquez*
- 4. Una mirada antropológica a la enseñanza.  
La postmodernidad y la crisis de las élites intelectuales** *pág\_40*  
*Benito Cantero Ruiz*
- 5. Dos ejemplos de la transformación de los derechos  
fundamentales en la sociedad digital: el derecho de acceso  
universal a internet y el derecho a la educación** *pág\_54*  
*M<sup>a</sup> Mercedes Serrano Pérez*
- 6. La teoría de los derechos humanos: evolución y crisis** *pág\_64*  
*José M<sup>a</sup> Martí Sánchez*
- 7. Cada mayor importa. Reflexiones sobre la discapacidad  
y el valor de la vida humana en la pandemia** *pág\_93*  
*M<sup>a</sup> del Carmen González Carrasco*
- 8. Hacia una organización responsable y sostenible en  
tiempos de COVID-19** *pág\_101*  
*Pedro Manuel García-Villaverde / Pablo Ruiz-Palomino*
- 9. Bases antropológicas y éticas de la economía  
y la ciencia económica** *pág\_131*  
*Óscar Dejuán*

## Listado alfabético de autores

### **Barnés Vázquez, Antonio:**

Profesor del Departamento de Literaturas Hispánicas y Bibliografía de la Universidad Complutense

### **Cantero Ruiz, Benito:**

Catedrático de Geografía e Historia. Doctor en Antropología Social y Cultural.

### **Dejuán Asenjo, Óscar:**

Catedrático de Fundamentos del Análisis Económico,  
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Albacete, UCLM.

### **García Villaverde, Pedro Manuel:**

Catedrático de Organización de Empresas,  
Facultad de Relaciones Laborales de Albacete, UCLM.

### **González Carrasco, Carmen:**

Catedrática de Derecho Civil,  
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de Ciudad Real, UCLM

### **López García, Pedro:**

Profesor de Antropología Teológica, Instituto Teológico Diocesano de Albacete  
(Universidad Eclesiástica San Dámaso)

### **Martí Sánchez, José M<sup>a</sup>:**

Profesor Titular de Derecho Eclesiástico,  
Facultad de Derecho de Albacete, UCLM

### **Ruiz Palomino, Pablo:**

Profesor Titular de Organización de Empresas,  
Facultad de Ciencias Sociales de Cuenca, UCLM

### **Serrano Pérez, M<sup>a</sup> Mercedes:**

Profesora Contratada-Doctora de Derecho Constitucional,  
Facultad de Derecho de Albacete, UCLM

## Agradecimientos

Este libro recoge las ponencias presentadas al Seminario Universitas sobre “*bases antropológicas y éticas de la ciencia, la cultura y las instituciones*”. Desde 2012 el foro de estudio y debate Universitas ha organizado también Jornadas anuales de puertas abiertas y Cursos formativos. Las tres actividades están interrelacionadas y nos invitan a un agradecimiento colectivo. Gracias, en primer lugar, a quienes apoyaron la iniciativa y proporcionaron los medios adecuados: D. Ciriaco Benavente, obispo de Albacete, y D. Pedro Carrión, vicerrector de la UCLM en el Campus de Albacete. En segundo lugar, a quienes impartieron conferencias plenarias en las Jornadas Universitas: Manuel Carreira, Sara Gallardo, Francisco Contreras, María José Roca, José Ramón Ayllón, Jerónimo José Martín, Antonio Barnés, Amando de Miguel, Carlos Barrabés, Cristina Gortázar, Agustín Domingo, Jaime Pons, Carlos Rodríguez-Braun, Carlos Fernández Liria, José María Lasalle, Joaquín Leguina, Emilio Chuvieco, Jesús Romero, José Alberto Garijo. Con diferentes responsabilidades participaron también en las jornadas: Arturo Valdés, Benito Cantero, José Miguel Hernández, Pedro Melgar, Diego Pedregal, Marina Gascón, Antonio Escudero, Javier Avilés, Isabel López Cirugeda, Mercedes Serrano, Dolores Carcelén, María Ángeles Davia, Naim Schoshandy, Benito Cantero, Gregorio López, Dominik Kustra, Dolores Martínez y Juana Cuesta. No olvidamos a los profesores que colaboraron en el seminario pero les ha sido imposible participar en este libro: José María Melero, María Lozano, Arturo Valdés, Fabio Monsalve y M<sup>a</sup> Ángeles Cadarso, Ricardo Inchausti y Juan Bravo. Por último, y con un cariño especial, recordaremos a los alumnos que colaboraron en la organización de estos eventos y participaron en las mesas redondas: Lara García, Elena López, José Luis Navarro, María Helena Sánchez, Ángel Ortiz, Vakhtang Mtchedlishvili, Rebeca Carrión, David Pérez Pastor, Luis Sahuquillo, Natalia Olmedo, Estefanía Sánchez, Ángel Alcarria, Roque Martínez y Juan Garrido.



7.

# CADA MAYOR IMPORTA. REFLEXIONES SOBRE LA DISCAPACIDAD Y EL VALOR DE LA VIDA HUMANA EN LA PANDEMIA<sup>1</sup>

*Ma del Carmen González Carrasco.*

*Catedrática de Derecho Civil*

*D.O.I.: <http://doi.org/10.18239/atenea.2020.20.07>*



---

## Sumario:

- 1. Introducción: las transformaciones del ser humano en la era tecnológica.**
- 2. Vejez y vulnerabilidad en la pandemia por COVID-19.**
- 3. La normativa estatal de alarma sobre residencias de mayores.**
- 4. Los informes del Comité de Bioética de España.**
  - 4.1. Documentos del Comité de Bioética de España específicamente dirigidos a los aspectos éticos relacionados con el COVID-19.
  - 4.2. Sobre los criterios éticos de priorización de pacientes del Comité de Bioética de España.
  - 4.3. Sobre el derecho al acompañamiento y la asistencia espiritual de pacientes en tiempos de pandemia según el Comité de Bioética de España.
- 5. Covid y mayores en la Doctrina Social de la Iglesia.**
  - 5.1. La priorización de pacientes en la nota de la Academia Pontificia para la Vida.
  - 5.2. “Sin ancianos no hay futuro” (Comunidad de San Egidio).
- 6. Un humanismo “avanzado” frente a la pendiente resbaladiza del criterio de utilidad social.**

---

1 Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación PGC2018-098683-B-I00, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (MCIU) y la Agencia Estatal de Investigación (AEI) cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) titulado “Protección de consumidores y riesgo de exclusión social”. [Orcid.org/0000-0002-6452-2911](https://orcid.org/0000-0002-6452-2911)

## 1. Las transformaciones del ser humano en la era tecnológica

Buena parte de los seminarios y jornadas celebrados por el grupo *Universitas* durante los últimos diez años, se ha dedicado a reflexionar sobre las transformaciones del concepto de ser humano en la era tecnológica.

Las nuevas formas de comunicación y el desarrollo de las biotecnologías están transformando a velocidad creciente las relaciones humanas, las formas de entender el trabajo y el acceso a la cultura, abriendo nuevas puertas al mundo laboral sobre la base de la informática, la genética y la robótica. Los avances biotecnológicos y biosanitarios están mejorando la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo y permitiendo el acceso a un eficaz tratamiento en enfermedades antes incurables. Nuestras posibilidades de intercomunicación son ya casi infinitas.

Muy pronto, los idiomas ya no serán una barrera para los chips inteligentes que seguramente serán capaces de leer y traducir hasta el mismo pensamiento, pero... ¿seremos capaces de mantener una sobremesa de tertulia con nuestros hijos?

Viviremos mucho más, pero ¿queremos hacerlo atendidos por innovadores cuidadores tecnológicos que en muchos casos serán la única compañía posible?

Los maestros serán virtuales, puesto que parece las horas invertidas en el aprendizaje en comunidad escolar no son eficientemente aprovechadas, pero... ¿nuestros hijos no se criarán cada vez más solos y egoístas?

Tendremos posibilidad de predecir nuestra predisposición genética a la enfermedad, pero... ¿no acabaremos perdiendo el control sobre los datos más íntimos y personales, los relacionados con la salud, ensanchando así la profunda grieta social que supone la discriminación por razón de salud o discapacidad?

Los vientres podrán ser incubadoras alquiladas, pero ¿qué tiene deparado el sistema a la madre biológica que, llegado el momento en que el instinto natural se imponga, se niegue a entregar al hijo gestado en su útero arrendado?

Los adolescentes estudiarán la Odisea a través de su pantalla, pero ¿habrá un maestro que, a través de su ejemplo, les transmita la fortaleza, la prudencia, la justicia de un Ulises virtual?

Todas las anteriores cuestiones, hasta hace poco meramente prospectivas, se han tornado cruelmente reales durante el estado de emergencia sanitaria surgido tras la declaración de la pandemia de COVID-19. Durante estos meses, alumnos y profesores hemos podido salir indemnes del reto de culminar con decoro nuestra actividad académica gracias a los responsables de unos sistemas de tecnologías de la información cuyo enorme potencial nos era desconocido hasta ahora. Hemos podido seguir comprando por internet, y hemos seguido día a día lo que ocurría en todo el mundo. Una especie de *tecnooptimismo* nos hizo creer ya antes de la pandemia que todos los problemas de nuestra sociedad y nuestra con-

dición humana quedarán resueltos en un futuro cercano gracias a la inteligencia artificial, pero “*la pandemia ha puesto de relieve con una dureza inesperada la precariedad que marca radicalmente nuestra condición humana, incluso, en aquellos lugares del mundo en los que los avances de la ciencia y la tecnología nos habían creado la ilusión, ya fulminantemente desvanecida, de que eramos invulnerables y que podíamos encontrar una solución técnica para todo*”.

Una vez constatada la realidad de la vulnerabilidad humana, hay quienes incluso auguran que todos saldremos mejores de esta pandemia. Pero no será posible salir mejores de esta pandemia hasta que hagamos balance de lo sucedido, y nos demos cuenta de que hemos fallado en lo fundamental: no solo no hemos sabido proteger a nuestros mayores, sino que los hemos descartado del reparto de unos medios sanitarios que ya se auguraban escasos ante la magnitud de una emergencia sanitaria anunciada, pero políticamente inoportuna, en la que no convino creer. Y, como dice el profesor Agustín Domingo, no habrá reconstrucción posible hasta que el duelo por los fallecidos en las residencias sanitarias no se complete con una explicación sobre las causas que han llevado a esta masacre y construyamos una cultura del respeto a la vida en todas sus etapas y sus manifestaciones.

## 2. Vejez y vulnerabilidad en la pandemia por covid-19

Llegado el esperado final del confinamiento ordenado por el RD 463/2020, por el que se declaró el Estado de Alarma, el Gobierno aún no ha publicado los datos que le vienen remitiendo las Comunidades Autónomas<sup>3</sup> sobre las personas que han fallecido a causa del coronavirus en residencias y otros centros sociosanitarios. Pero, aunque lo hubiera hecho, nunca podremos llegar a conocer la cifra real de fallecimientos por covid-19, por impedirlo la actual legislación reguladora del Registro civil<sup>4</sup> y por la indefinición de la causa del fallecimiento en muchos de los certificados de defunción emitidos sin disponibilidad de pruebas de detección del virus. En cualquier caso, como ya aventuraba el Director General del Imsero apenas dos semanas después de declararse el estado de alarma por Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo, *las cifras cuando se gane la batalla al coronavirus serán demoledoras para ese grupo de población*<sup>5</sup>.

Los terribles resultados que sí han sido comunicados por las CCAA (19.404 fallecidos oficiales en residencias con confirmación de covid-19 a 9 de junio), no pueden achacarse únicamente a la avanzada edad y a la especial vulnerabilidad debida a las enfermedades preexistentes de los fallecidos. Tampoco es posible centrar el punto de mira exclusivamente

2 DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico. “La pandemia de la Covid-19 como oportunidad para un nuevo humanismo”. URL: [https://blogs.comillas.edu/FronterasCTR/2020/06/24/la-pandemia-de-la-covid-19-como-oportunidad-para-un-nuevo-humanismo/#\\_ftn1](https://blogs.comillas.edu/FronterasCTR/2020/06/24/la-pandemia-de-la-covid-19-como-oportunidad-para-un-nuevo-humanismo/#_ftn1).

3 Desde el 8 de abril, cada martes y viernes, en virtud de la Orden SND/322/2020, de 3 de abril -BOE de 4 de abril-, por la que se modifica la Orden SDN 275/2020, de 23 de marzo. Las CCAA han comunicado 19.506 residentes fallecidos a fecha de 17 de junio de 2020. Los fallecidos en residencias de mayores equivaldrían a un 71,9 % del total notificado oficialmente por el Ministerio de Sanidad, según afirma RTVE (Disponible en la URL: <https://www.rtve.es/noticias/20200617/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>. Con acceso el 17 de junio).

4 El art. 2.7 de la Ley 19/2015, de 13 de julio, modificó el art. 66 de la Ley 2011, de 21 de julio -en vigor según su DT Segunda-, añadiendo un segundo párrafo según el cual las circunstancias y causas del fallecimiento del certificado no son incorporadas a la inscripción de defunción ni son objeto del régimen de publicidad del Registro civil.

5 Disponible en la URL: <https://www.rtve.es/noticias/20200327/director-del-imsero-admite-residencias-mayores-estan-limite-coronavirus/2010942.shtml> (con acceso el 1 de mayo de 2020).

sobre la actividad desplegada por los entes públicos o privados responsables de la gestión ordinaria de los centros residenciales. Es preciso construir un relato alternativo a las miserables explicaciones (del tipo “*son personas no válidas que ya estaban muy malitas*”) que los familiares han tenido que escuchar de labios de sus dirigentes políticos. Un relato que analice si la profusa normativa ministerial y la gestión autonómica dirigida a frenar la pandemia, aislando a los mayores en sus residencias, sin proporcionarles previamente test de detección y sin garantizarles el acceso a los centros hospitalarios, ha sido la adecuada, teniendo en cuenta que la mayoría de dichos centros son de pequeño tamaño, no medicalizados y sin posibilidad de evitar el contagio entre residentes y trabajadores.

A poco que se profundice en el sinsentido ético y sanitario de muchas de las disposiciones oficiales publicadas, no se puede sino coincidir con la opinión de las organizaciones cívicas y religiosas, que afirman que la gestión de esta pandemia ha supuesto un abandono institucional para la generación de mayores más resiliente de Europa. Hemos sometido a un *doble confinamiento*<sup>6</sup>— de aislamiento inmunológico y de falta de acompañamiento familiar y espiritual— a la generación que tuvo que pasar de la escasez de la posguerra, a un exponencial desarrollo. A la que puso la generosidad por bandera de la transición. A la misma que trajo la democracia, a la que trabajó por la construcción de Europa y a la que acabó sosteniendo a sus nietos en la crisis de la pasada década.

Pero los ancianos fallecidos no se merecían el tratamiento, la hospitalización y la medicalización por sus méritos intergeneracionales. Cada una de las personas fallecidas en residencias las merecía de forma individual, en su condición de ciudadano de primera, como todos los demás, con independencia de su edad. Cada una de estas personas, -válidas, únicas e irrepetibles, a pesar de sus diferentes capacidades- y no el “grupo” o “el colectivo” de la tercera edad, tenía derecho a la asistencia sanitaria y al acompañamiento familiar y espiritual.

### 3. La normativa estatal de alarma sobre residencias de mayores

Lo primero que llama la atención en la normativa derivada del estado de alarma dictada en el ámbito que nos ocupa es que se considere dirigida a “residencias de mayores y otros centros sociosanitarios”. La mayoría de las residencias de mayores no son centros sanitarios ni sociosanitarios. Los criterios comunes sobre acreditación<sup>7</sup> de centros y las normas autonómicas sobre requisitos necesarios para su funcionamiento establecen que las residencias, tanto públicas como privadas, cuenten con una atención “social y sanitaria adecuadas”. Esta atención sanitaria se concreta en un servicio médico y farmacológico básico interno,

6 DOMINGO MORATALLA, Agustín. “Sin ancianos no hay futuro” (LAS PROVINCIAS. GRUPO VOCENTO. 24 de mayo de 2020. Sección “Marinero en tierra”).

7 Según el artículo 34.2 de la Ley de Dependencia, “sin perjuicio de las competencias de cada una de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado, se establecerán, en el ámbito del Consejo Territorial, la fijación de criterios comunes de acreditación de centros”. El Consejo Territorial logró aprobar el Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), de 27 de noviembre de 2008. Allí se afirma que estos criterios deben ser entendidos como mínimos, debiendo las respectivas Administraciones Públicas Autonómicas realizar la legislación, reglamentación y ejecución que proceda, dentro de su ámbito competencia.

pero no se contempla que, de forma obligatoria, se trate de residencias “medicalizadas”. No están obligados a tener servicios de urgencias<sup>8</sup>, ni medios de diagnóstico y tratamiento (pues las normas autonómicas suelen prever consultas al servicio médico bajo petición y en función de los horarios establecidos en cada centro, así como un control sobre la evolución y revisiones periódicas, y de la derivación al centro facultativo correspondiente) y, por lo tanto, no pueden adoptar con eficacia muchas de las medidas ministeriales adoptadas durante la pandemia, que presuponen la existencia de medios humanos y materiales de los que estos centros, en su mayoría, carecen.

Lo segundo que llama la atención de la normativa sanitaria de emergencia dirigida a residencias de mayores durante la recentralización competencial aludida es su profusión. Un documento de recomendaciones oficiales y cuatro órdenes ministeriales sucesivas antes del tardío art. 10 del RD-Ley 21/2020, de 9 de junio (por el que, por fin, se ordena la coordinación entre residencias y centros sanitarios), que no han logrado detener los contagios entre residentes y trabajadores y que, precisamente por ello, hacen necesaria una narración inteligible de lo sucedido, a fin de localizar la causa de su fracaso sin demonizar o criminalizar, pero sin aceptar tan fácilmente la fatalidad<sup>9</sup>.

Ya he explicado en otro lugar<sup>10</sup> que el principal fallo del sistema ha residido en la inutilidad de las órdenes de aislamiento de residentes por grupos dentro de los centros en relación con el riesgo de contagio (prevista por la Orden 265/2020), toda vez que un vacilante proceso centralizado de adquisición de productos sanitarios<sup>11</sup> y de incorporación de las pruebas de detección a los protocolos de prevención en residencias de mayores ha impedido identificar el riesgo previo a tal diferenciación. Ello, unido a la confusa orden de evitar la salida de los residentes (Guía ministerial de 24 de marzo de 2020), y a la orden de continuación de la actividad de los trabajadores hasta la presentación de síntomas (Orden 265/2020), convirtió a las residencias de mayores en los callejones sin salida que finalmente han resultado ser. Pero, una vez producida la infección masiva de residentes, la causa de la elevada cifra de fallecidos en residencias de mayores ha residido en la aplicación hospitalaria de criterios de priorización sanitaria consistente en el rechazo de UCI y respirador a pacientes en función de su edad y su discapacidad cognitiva.

Desde el inicio de la pandemia hasta el día 4 de abril, fecha del informe del Ministerio de Sanidad, “sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2”<sup>12</sup>, el mando único en materia sanitaria se había limitado a contemplar impasible la aplicación

---

8 De hecho, el Imserso tiene un protocolo publicado desde el año 2015 para los casos de derivación a urgencias de los usuarios de sus residencias. Puede consultarse en la URL: [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im\\_089260.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_089260.pdf) con acceso el 31 de mayo de 2020

9 DOMINGO MORATALLA, Agustín. “Responsabilidad y culpabilidad: claves para afrontar el desgobierno”. Filosofía en la cuarentena. Disponible en la URL: <https://www.filosofiaenlacuarentena.com/2020/04/responsabilidad-y-culpabilidad-claves.html>. Con acceso el 30 de mayo de 2020.

10 GONZÁLEZ CARRASCO, M<sup>a</sup> Carmen. “Responsabilidad patrimonial y civil por contagios del SARS-COV-2 en residencias de mayores: nexo causal y criterios de imputación”. <http://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-30-extraordinario-2020>.

11 “Sanidad intenta aplacar a las comunidades tras requisarles material sanitario básico”. Disponible en la URL: [https://www.elconfidencial.com/espana/2020-03-20/ayuso-illa-material-frontera-covid19-coronavirus\\_2507983/](https://www.elconfidencial.com/espana/2020-03-20/ayuso-illa-material-frontera-covid19-coronavirus_2507983/). Con acceso el 20 de marzo de 2020.

12 Disponible en la URL: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos\\_en\\_situaciones\\_de\\_pandem](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandem) (con acceso el 6 de abril de 2020)

cómo en los centros sanitarios se implantaban criterios de priorización que atendían principalmente a la utilidad social del paciente<sup>13</sup>, pues éstos eran los propuestos por el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), a la que, el Ministerio, como autoridad al mando de la gestión de la crisis, no había contradicho<sup>14</sup>. Dichas recomendaciones, concebidas sin contestación como “medicina de catástrofe”, *establecieron como criterios de priorización en el acceso a los recursos sanitarios el de los “años de vida ajustados a la calidad (AVAC) o QALY (Quality-Adjusted Life Year)”*, añadiendo a continuación que *“en personas mayores se debe tener en cuenta la supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada”*, aclarando que *“cualquier paciente con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva”*. En definitiva, según las Recomendaciones que primaron en las UCIS españolas durante las tres semanas más letales de la pandemia, era preciso *“tener en cuenta el valor social de la persona enferma”*. Como afirman De Montalvo y Bellver, esta situación ha generado una verdadera crisis bioética dentro de la crisis sanitaria provocada por la covid-19<sup>15</sup>.

Es cierto que los criterios éticos publicados por el Ministerio de Sanidad el 4 de abril, *“sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2”*<sup>16</sup> han acabado rechazando estos criterios; pero dichos criterios gubernamentales se asumieron finalmente por un comité *ad hoc*, con diez días de crucial e inexplicable retraso respecto del informe que semanas antes había elaborado el Comité de Bioética de España<sup>17</sup>, como máximo órgano consultivo estatal en materia de Bioética (art. 78 Ley de Investigación Biomédica).

Por otra parte, ha de tenerse en cuenta que el documento finalmente asumido por el Ministerio, contrario al criterio del rechazo por edad o discapacidad, pero emitido cuando el descarte por edad basado en el informe inicialmente tolerado, ya se había cobrado miles de víctimas, afirma textualmente que solo se realiza *“con el propósito de que las autoridades competentes... les den el respaldo que consideren más apropiado”*. Y más adelante afirma que *“el equipo médico responsable del paciente será el que deberá asumir las implicaciones de su decisión”*. Con ello se ha incumplido el deber legal del Gobierno central de unificar dichos criterios al amparo del mandato constitucional que contiene el artículo 149.1.1.<sup>a</sup> de la

13 <https://www.rtve.es/noticias/20200604/madrid-envio-error-borrador-protocolo-desaconsejaba-derivar-ancianos-residencias-hospitales/2015599.shtml>

14 Con fecha 23 de marzo de 2020, el Comité de Bioética de España recibió de la Dirección General de Políticas de Discapacidad, Secretaría de Estado de Derechos Sociales, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, una petición de informe acerca de las implicaciones éticas que para las personas con discapacidad podían tener las Recomendaciones recientemente publicadas por el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), bajo el título de “Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos” en el que se primaba el criterio de la utilidad social. El documento ministerial de criterios éticos tardó más de diez en publicarse porque prefirió encargar otro informe a un comité no institucional constituido ad hoc, conformado por algunos miembros del CBE, el cual reprodujo básicamente los criterios expresados por el CBE.

15 De Montalvo Jääskeläinen, F. y Bellver Capella, V. “Una crisis bioética dentro de la crisis sanitaria provocada por la covid-19: una reflexión sobre la priorización de pacientes en tiempos de pandemia”. Derecho y Salud (Revista de la Asociación de Juristas de la Salud), num. Extraordinario. Julio 2020. Págs. 58 a 74. Disponible en la URL: [http://www.ajs.es/sites/default/files/2020-07/Revista\\_DS\\_Vol30\\_Extraordinario.jpg](http://www.ajs.es/sites/default/files/2020-07/Revista_DS_Vol30_Extraordinario.jpg).

16 Disponible en la URL: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos\\_en\\_situaciones\\_de\\_pandem](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandem) (con acceso el 6 de abril de 2020)

17 “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”. Disponible en la URL: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>. (Fecha: 25 de marzo de 2020. Con acceso el 28 de marzo de 2020).

Constitución, al disponer que el Estado tiene competencia exclusiva la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos constitucionales.

En los epígrafes que siguen nos centraremos en las dos frases más polémicas de ese informe de las recomendaciones de la SEMICYUC: “se debe tener en cuenta la supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada” y “ha de tenerse en cuenta el *valor social* de la persona enferma”, y las contrastaremos con los informes del Comité de Bioética de España y con la doctrina social de la Iglesia en el ámbito sociosanitario.

#### 4. Los informes del comité de bioética de España

##### 4.1. Documentos del CBE específicamente dirigidos a los aspectos éticos relacionados con el COVI-19.

El Comité de Bioética de España es el órgano consultivo oficial para el conjunto del Estado en materia de Bioética. Fue creado por la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (BOE 4 de julio) como un “órgano colegiado, independiente y de carácter consultivo, que desarrollará sus funciones, con plena transparencia, sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud”. El Comité quedó constituido el 22 de octubre de 2008 y nació adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tiene la misión de emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud. Asimismo, se le asignan las funciones de establecer los principios generales para la elaboración de códigos de buenas prácticas de investigación científica y la de representar a España en los foros y organismos supranacionales e internacionales implicados en la bioética.

Son dos los documentos relevantes publicado por el Comité en el contexto de la pandemia. El primero es *Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus*<sup>18</sup>. El segundo, no menos relevante, es la declaración del comité “*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*”<sup>19</sup>. Aunque no está relacionado con la pandemia, si lo está con la valoración de la vida discapacitada, por lo cual, también tendremos en cuenta a estos efectos la “*Declaración del Comité de Bioética de España sobre la tramitación parlamentaria de la reforma legal de la eutanasia y auxilio al suicidio*” publicado en el inicio del estado de alerta por emergencia sanitaria provocado por la pandemia<sup>20</sup>.

18 URL:<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>. Fecha: 25 de marzo de 2020.

19 URL:[http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE\\_Declaracion\\_sobre\\_acompanamiento\\_COVID19.pdf](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE_Declaracion_sobre_acompanamiento_COVID19.pdf) Fecha: 15 de abril de 2020.

20 URL:<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Declaracion%20CBE%20tramitacion%20reforma%20eutanasia%20auxilio%20al%20suicidio.pdf>. Fecha: 4 de marzo de 2020.

Otro de los documentos publicados en relación con la pandemia, sobre el cual no vamos a incidir en este trabajo, ha sido el informe “sobre los requisitos ético-legales en la investigación con datos de salud y muestras biológicas en el marco de la pandemia de covid-19”.

#### 4.2. Sobre los criterios éticos de priorización de pacientes del Comité de Bioética de España.

A mediados del mes de marzo, el Comité de Bioética de España (en adelante, CBE) envió una carta a la Secretaría General de Sanidad del Ministerio de Sanidad, en la que se ponía a disposición del Ministerio para participar en la elaboración de unos criterios uniformes sobre la priorización de pacientes, mostrando su preocupación por que se estuvieran ya adoptando a nivel local y hospitalario criterios y protocolos de triaje y priorización en la asistencia sanitaria a pacientes con coronavirus. El CBE no consideraba éticamente aceptable que las diferencias de decisiones entre centros sanitarios y territorios no respondieran a una mínima uniformidad de criterios bioéticos, pero, sobre todo, expresaba su preocupación por el criterio de la edad como límite a la asistencia.

El 23 de marzo de 2020, el Comité de Bioética de España recibió de la Dirección General de Políticas de Discapacidad, Secretaría de Estado de Derechos Sociales, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, una petición de informe acerca de las implicaciones éticas que para las personas con discapacidad podrían tener las “Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos” publicadas por el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) que hemos reproducido parcialmente en epígrafes anteriores. El Comité aprovechó la consulta para incluir también otras cuestiones y reflexiones bioéticas directamente relacionadas con la crisis sanitaria del coronavirus.

El extracto de las reflexiones del CBE es el siguiente:

A. En primer lugar, el CBE resalta que la crisis provocada por el coronavirus es una crisis de salud pública, no económica ni social, aunque éstos puedan ser sus efectos colaterales. Por ello, lo que está en juego hoy no es el bienestar económico la sociedad, sino la vida y salud de muchas personas, especialmente de las más vulnerables, lo que debe llevar al refuerzo de los medios al servicio del sistema sanitario y sus profesionales por encima de otras consideraciones. Afirma el CBE que “*Cuanto antes se supere el problema sanitario antes se podrán atajar los problemas colaterales, tan graves como aquel si se prolongan en el tiempo. Particularmente urgente es disponer de los medios imprescindibles para que los profesionales sanitarios, no solo en el ámbito hospitalario, sino también en el de Atención Primaria y farmacéutico, puedan desarrollar su trabajo en unas condiciones adecuadas de seguridad*”. Con ello, el CBE no hace sino expresar el postulado fundamental del principio

de precaución<sup>21</sup>, según el cual, las exigencias ligadas a la protección de la salud pública deberían tener mayor peso que las consideraciones económicas (STS -Cont.- 28 febrero 2020, RJ 2020\620).

- B. Priorizar es una decisión consustancial al funcionamiento normal de todos los sistemas sanitarios, cuyos recursos son limitados, pero siempre supone suspender o limitar o suspender el derecho constitucional a la protección de la salud que consagra el artículo 43 de nuestra Constitución. Por ello, las sociedades científicas en modo alguno constituyen las entidades adecuadas para fijar dicha priorización, y corresponde a la autoridad pública sanitaria hacerlo de forma única y común para todos los españoles<sup>22</sup>.
- C. Cualquier criterio o protocolo que se adopte para racionar unos recursos escasos nunca puede aplicarse de manera mecánica o automática: *todo ser humano tiene derecho a una consideración personal*<sup>23</sup>. El informe del CBE lo expresa de forma clara cuando afirma que “ningún protocolo de priorización puede ser interpretado o utilizado como un argumento para diluir la reflexión y deliberación ética que conlleva una toma de decisiones trágica como la que tiene lugar cuando los recursos son escasos y el contexto de máxima tensión”.
- D. El informe rechaza el criterio de la “utilidad social” propuesto por el informe del SEMICYUC. Según el CBE, 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, todo ser humano, por el mero hecho de serlo, es *socialmente útil*, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana. El enfoque utilitarista cae en la falacia de la ausencia de separabilidad moral de las personas, es decir, asume que el valor moral de las personas es intercambiable: la salud que unos ganan compensa a la que otros pierden siempre que el resultado sea una suma positiva. “*El enfoque utilitarista ignora el imperativo categórico kantiano, que ha conformado el concepto universal y secularizado de dignidad humana, y que prohíbe utilizar a las personas exclusivamente como medios para*

---

21 El principio de precaución está previsto en el artículo 191 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Conforme a lo que se señala en el apartado 6.3.4 de la Comunicación de la Comisión Europea del año 2000 sobre el recurso al principio de precaución, de acuerdo con la jurisprudencia del TJUE, las exigencias ligadas a la protección de la salud pública deberían tener mayor peso que las consideraciones económicas (STS -Cont.- 28 febrero 2020, RJ 2020\620). A este respecto, basta con comparar las medidas de prevención para trabajadores de residencias contenidas en la “Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial”, de 24 de Marzo de 2020. Ministerio de Sanidad) con el informe anterior y mucho más exigente de la OMS “Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19” (URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC\\_long\\_term\\_care-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf). Publicado el 21 de marzo de 2020. Con acceso el 2 de junio de 2020). Apela a este principio para justificar la condena a las AAPP demandadas a entregar EPIS al personal sanitario la S. del Juzgado único de los Social de Teruel de 3 de junio de 2020.

22 La recentralización temporal en favor del Estado central que trae causa de la aprobación del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Dicha norma, ha supuesto la recentralización temporal de todos los recursos sanitarios del territorio nacional bajo la dirección del Ministro de Sanidad, habilitado desde su aprobación para impartir las órdenes necesarias a todas las autoridades sanitarias del país y a todo el personal a su servicio “para la protección de personas, bienes y lugares”, así como para la imposición a estas personas de “servicios extraordinarios por su duración o por su naturaleza” y permite “la determinación por el Ministro de Sanidad de la mejor distribución en el territorio de todos los medios técnicos y personales, de acuerdo con las necesidades que se pongan de manifiesto en la gestión de esta crisis sanitaria”.

23 Como también apunta el Informe de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médico Colegial en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria, “el médico tendrá en cuenta que cada caso requerirá la deliberación oportuna, antes de tomar una decisión, porque las recomendaciones mencionadas u otras, no pueden responder siempre a la singularidad de cada paciente”.

*los fines de otros. La compensación interpersonal de las vidas humanas entre sí con el fin de maximizar unos presuntos beneficios colectivos es incompatible con la primacía de la dignidad humana*". El único caso de priorización en función de la utilidad social que el informe considera justificado es el referido al propio personal sanitario, porque protegiendo prioritariamente a los sanitarios más directamente involucrados en la asistencia directa a pacientes, nos protegemos directamente todos. Y, en segundo lugar, porque el principio de justicia exige priorizar a los que en el beneficio de terceros han expuesto más intensamente su salud, tal y como afirma el documento de la OMS sobre Recomendaciones para la gestión de cuestiones éticas en epidemias (Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks) de 2016.

- E. El Comité considera que el criterio de la "supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada" o el que recomienda que "cualquier paciente con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva", no son compatibles con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 20 de diciembre de 2008, firmado y ratificado por España, así como en nuestro Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social, en los que se reafirma la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación. La discapacidad de la persona enferma no puede ser nunca por sí misma un motivo que priorice la atención de quienes carecen de discapacidad, sino, en todo caso, un criterio de discriminación positiva en atención al art. 20.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- F. El criterio de la edad solo puede ser empleado para priorizar, pero no para denegar o limitar la asistencia sanitaria y el recurso a determinadas medidas de soporte vital. Sin duda, la edad, como otras circunstancias, pueden incidir en el pronóstico clínico, pero en ningún caso pueden obviarlos. Es necesario valorar las circunstancias concretas de cada paciente, sin excluir a nadie a priori. La única posible excepción de discriminación positiva por la edad son los niños, porque el interés del menor es un valor superior del Ordenamiento Jurídico (art. 3 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños, y art. 2 LO 1/1996, de 15 de enero, modificada por art. 1.2 de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio).
- G. No obstante lo anterior, según el informe del CBE, el criterio de asignación basado en la mera prioridad en el tiempo, de manera que el acceso al tratamiento no se haga depender de otros factores correctores ni valorativos, tampoco es respetuoso con el principio de igualdad y justicia, pues parte de que todos los individuos tienen igualdad de oportunidades para el acceso a los servicios de salud. Por ello concluye con la necesidad de aplicar de forma singularizada los criterios recogidos en el art. 20.2 apartado 3.º de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que dispone que, en el proceso de elaboración de las carteras de servicios deberá tenerse en cuenta, entre otras cosas, la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad

terapéuticas, las ventajas y alternativas asistenciales, y el cuidado de los grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo. Y estos son precisamente los criterios que según el CBE, *“en cada caso, deben ser combinados y atendidos para la toma de las decisiones que, sin dejar de ser trágica, esté al menos basada en una reflexión y deliberación de las circunstancias, elementos y valores que concurren en cada caso concreto”*.

#### **4.3. Sobre el derecho al acompañamiento y la asistencia espiritual de pacientes en tiempos de pandemia según el Comité de Bioética de España.**

El segundo documento específico del CBE sobre los aspectos éticos de la pandemia tiene por objeto proponer un modo de mejorar el acompañamiento, una vez constatada la triste realidad de miles de pacientes COVID (en su mayoría, mayores residentes no hospitalizados, pero también los ingresados en centros hospitalarios) que han fallecido sin sentir el afecto y la cercanía de sus seres queridos, así como sin contar con apoyo espiritual o religioso conforme a sus convicciones y creencias. El CBE urgió a través de esta Declaración a *“afrontar el desafío que supone la asistencia en situaciones especiales, como la de los menores de edad y/o personas con discapacidad, y la atención a la agonía de los pacientes en los momentos finales de su vida con la mayor calidad asistencial y humana que sea posible, de acuerdo con la filosofía de los cuidados paliativos, que incluyen criterios de atención psicoemocional, espiritual, religioso y de acompañamiento familiar, pues todos ellos contribuirán a evitar duelos patológicos y al agravamiento de las situaciones de vulnerabilidad”*.

El CBE constata que hay pacientes vulnerables que presentan unas necesidades específicas de apoyo y acompañamiento que no se están ofreciendo en todos los casos, a pesar del esfuerzo que los profesionales sanitarios han venido haciendo para paliar esta carencia afectiva, y afirma que la alta contagiosidad y letalidad del virus no debe impedir reflexionar sobre el modo de facilitar un entorno más compasivo en el morir de estos pacientes gravemente infectados, como parte integrante de la auténtica calidad asistencial.

El contenido de la declaración puede resumirse en que *“limitar no es sinónimo de privar”*. Tanto el acompañamiento, como el apoyo espiritual o religioso, constituyen derechos proclamados en diferentes regulaciones de derechos de los pacientes y que han cobrado especial relevancia estos últimos años dentro de los diferentes planes de humanización de nuestro sistema nacional de salud. Como afirma la Declaración, ante la existencia de tales derechos reconocidos ya normativamente, debe procurarse siempre que su limitación no solo esté justificada ética y legalmente, sino que, además, no sea de tal intensidad que acabe, de facto, por convertirse en una absoluta privación. A este respecto, tanto la Constitución en su artículo 53.1 como la doctrina consolidada del Tribunal Constitucional, establecen que todos los derechos deben conservar, al menos, un contenido mínimo esencial, incluso en estado de alarma, lo que según el CBE, no se ha respetado durante el período de confinamiento.

## 5. Covid y mayores en la doctrina social de la iglesia

### 5.1. La priorización de pacientes en la nota de la Academia Pontificia para la Vida.

Como manifestó al principio de la pandemia la Pontificia Academia para la Vida, “*Toda la humanidad está siendo puesta a prueba. La pandemia de Covid-19 nos pone en una situación de dificultad sin precedentes, dramática y de alcance mundial*” en la que “además de buscar medicamentos y vacunas, es igualmente urgente adquirir una mayor profundidad de visión, así como una mayor responsabilidad en la contribución reflexiva al significado y los valores del humanismo”<sup>24</sup>.

Centrándonos en el problema de la insuficiencia de recursos sanitarios, la opción de la Academia Pontificia para la Vida es rotunda: “tras haber hecho todo lo posible a nivel organizativo para evitar el racionamiento, debe tenerse siempre presente que la decisión no se puede basar en una diferencia en el valor de la vida humana y la dignidad de cada persona, que siempre son iguales y valiosísimas. La decisión se refiere más bien a la utilización de los tratamientos de la mejor manera posible en función de las necesidades del paciente, es decir, de la gravedad de su enfermedad y de su necesidad de tratamiento, y a la evaluación de los beneficios clínicos que el tratamiento puede lograr, en términos de pronóstico. *La edad no puede ser considerada como el único y automático criterio de elección, ya que si fuera así se podría caer en un comportamiento discriminatorio hacia los ancianos y los más frágiles. Además, es necesario formular criterios que sean, en la medida de lo posible, compartidos y argumentados, para evitar la arbitrariedad o la improvisación en situaciones de emergencia, como nos ha enseñado la medicina de catástrofes*”.

En cualquier caso, la Academia Pontificia para la Vida recuerda la necesidad de no abandonar al enfermo, incluso cuando no hay más tratamientos disponibles: *los cuidados paliativos, el tratamiento del dolor y el acompañamiento son una necesidad que nunca hay que descuidar*.

Un aspecto interesante de la nota de la Academia lo constituye la afirmación de que la obligación de *proteger a los débiles pone la fe evangélica a prueba* en esta circunstancia extraordinaria.

### 5.2. “Sin ancianos no hay futuro” (Comunidad de San Egidio).

Durante las semanas más duras de la Pandemia, la asociación pública de laicos cristianos “Comunidad de Sant’ Egidio”<sup>25</sup> inició una acción de difusión titulada “*Sin ancianos no hay futuro*”. El manifiesto está firmado por personas de todo el mundo, que quieren llamar la atención de la opinión pública sobre la situación de abandono institucional y

24 Pontificia Academia para la Vida, “Pandemia y Fraternidad Universal”, Ciudad del Vaticano, 2020, p. 1. URL: [www.academyforlife.va](http://www.academyforlife.va).

25 Sant’ Egidio es una comunidad cristiana surgida en el año 1968, apenas finalizar el Concilio Vaticano II, por iniciativa de Andrea Riccardi en un instituto del centro de Roma. Con los años se ha convertido en una red de comunidades que se ha extendido por más de 70 países. Su carisma se basa en la escucha del Evangelio y en el trabajo voluntario y gratuito por los pobres y por la paz. URL: <https://www.santegidio.org/pageID/30008/langID/es/LA-COMUNIDAD.html>.

descarte sanitario que se ha venido infligiendo a las personas mayores durante estos meses de pandemia. Denuncian lo que el papa Francisco lo define como “cultura del descarte”: privar a los ancianos del derecho a ser considerados personas relegándolos a ser solo un número. Resignarse a una solución de este tipo es humana y jurídicamente inaceptable. Lo es no solo según una visión religiosa de la vida sino también según la lógica de los derechos humanos y de la deontología médica.

- La aportación de los ancianos es fundamental en la trama social de la solidaridad entre generaciones.
- Es necesario reafirmar con fuerza los principios de igualdad de tratamiento y de derecho universal a la asistencia sanitaria conquistados en los últimos siglos. Es el momento de dedicar todos los recursos que sean necesarios para proteger el mayor número de vidas posible y para humanizar el acceso a la atención sanitaria para todos.

Y lo que consideramos más importante:

- *“Quien rebaja el valor de la vida frágil y débil de los más ancianos, se prepara para desvalorar todas las vidas”.*

## **6. Un humanismo “avanzado” frente a la pendiente resbaladiza del criterio de utilidad social**

Esta última frase transcrita en el manifiesto de la comunidad de San Egidio invita reflexionar de forma profunda sobre las consecuencias del criterio de la “utilidad social”: *“Quien rebaja el valor de la vida frágil y débil de los más ancianos, se prepara para desvalorar todas las vidas”.* En efecto, la aplicación de criterios de utilidad social al racionamiento de recursos sanitarios forma parte de esa “pendiente resbaladiza” que caracteriza a los dilemas éticos cuando se pierde el punto de apoyo del valor intrínseco de toda vida humana.

Para quienes todavía no entiendan eso de la pendiente resbaladiza en materia de bioética, Holanda vuelve a suministrarnos un buen ejemplo de la metáfora. Tras su despenalización bajo las cinco condiciones impuestas en el año 1984 por su Corte Suprema, y su posterior reglamentación en el año 1993, -apoyada “como mal menor” por el partido demócrata cristiano-, Holanda acabó legalizando la eutanasia en el año 2002. En 2017 se “suavizó” el protocolo exigido para reforzar el valor de la voluntad anticipada de los pacientes en casos de demencia. En la actualidad, un partido (el “D66”) ha lanzado la idea, si bien aún no propuesta ni debatida, de *una pastilla letal sin prescripción médica para los mayores de setenta años que aleguen el puro y simple cansancio de vivir.*

La idea en cuestión surge de un estudio sobre el “cansancio vital” de los mayores, encargado a la Universidad de Estudios Humanísticos de Utrecht por la propia coalición gobernante -Partido Popular para la Libertad y la Democracia (VVD), Llamada Democristiana (CDA), el partido “progresista” D66 y Unión Cristiana (CU). Afortunadamente,

el estudio, que localiza el deseo de morir por cansancio vital en un grupo de un 0,18% de mayores de 55 años con un estatus socio-económico bajo, un tercio con bajo nivel de educación y que viven en la ciudad o sus alrededores, revela que la solución no está en la instauración de una sanidad pública de la muerte, sino en la necesidad de trabajar sobre la amenaza de la soledad en nuestras sociedades envejecidas, pues “cuando los mayores se sienten más conectados con su entorno, sus deseos de morir disminuyen o incluso desaparecen”. Esperemos que un análisis objetivo del informe frene la propuesta, porque, en definitiva, en eso consiste la pendiente resbaladiza: en que se empieza presentando la omisión del tratamiento sanitario como un acto de equidad o de compasión humana, y se acaba convirtiendo en una medida de reducción del gasto público, educando a la sociedad en la idea de que de que una vida improductiva no merece ser vivida.

La sociedad española ya ha dado el primer resbalón. A diferencia de otros países, como Portugal, donde el partido comunista se ha convertido en el veto tanto frente a la eutanasia como frente a la gestación contratada, la declarada obsesión de nuestra coalición gobernante sobre esta cuestión se ha convertido en una consigna ideológica, un “todos a una” contra la idea ultra-religiosa-fundamentalista-conservadora del valor intangible de la vida humana; un mantra que impide reflexionar sobre el problema social y sanitario que late en el fondo de la cuestión: nuestra sociedad es una anciana que morirá sola y que requiere la dotación los recursos necesarios para la atención integral de los pacientes crónicos y para que los equipos de atención residencial y de paliativos puedan realizar su inmensa labor sanitaria y humana en las mejores condiciones. Esperemos, parafraseando De Montalvo<sup>26</sup>, que la pandemia nos haya dado, al menos, la esperanza de empezar a construir la historia a través del fortalecimiento del humanismo.

## Referencias bibliográficas

DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico. “La pandemia de la Covid-19 como oportunidad para un nuevo humanismo”. URL: [https://blogs.comillas.edu/FronterasCTR/2020/06/24/la-pandemia-de-la-covid-19-como-oportunidad-para-un-nuevo-humanismo/#\\_ftn1](https://blogs.comillas.edu/FronterasCTR/2020/06/24/la-pandemia-de-la-covid-19-como-oportunidad-para-un-nuevo-humanismo/#_ftn1).

DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico. Y BELLVER CAPELLA, Vicente. “Una crisis bioética dentro de la crisis sanitaria provocada por la covid-19: una reflexión sobre la priorización de pacientes en tiempos de pandemia”. *Derecho y Salud* (Revista de la Asociación de Juristas de la Salud), num. Extraordinario. Julio 2020. Págs. 58 a 74. Disponible en la URL: [http://www.ajs.es/sites/default/files/2020-07/Revista\\_DS\\_Vol30\\_Extraordinario.jpg](http://www.ajs.es/sites/default/files/2020-07/Revista_DS_Vol30_Extraordinario.jpg)

DOMINGO MORATALLA, Agustín.

- “Responsabilidad y culpabilidad: claves para afrontar el desgobierno”. Filosofía en la cuarentena. Disponible en la URL: <https://www.filosofiaenlacuarentena.com/2020/04/responsabilidad-y-culpabilidad-claves.html>. Con acceso el 30 de mayo de 2020.

---

26 DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico. “La pandemia de la Covid-19 como oportunidad para un nuevo humanismo”. URL: [https://blogs.comillas.edu/FronterasCTR/2020/06/24/la-pandemia-de-la-covid-19-como-oportunidad-para-un-nuevo-humanismo/#\\_ftn1](https://blogs.comillas.edu/FronterasCTR/2020/06/24/la-pandemia-de-la-covid-19-como-oportunidad-para-un-nuevo-humanismo/#_ftn1).

- “Sin ancianos no hay futuro” (LAS PROVINCIAS. GRUPO VOCENTO. 24 de mayo de 2020. Sección “Marinero en tierra”).

GONZÁLEZ CARRASCO, M<sup>a</sup> Carmen. “Responsabilidad patrimonial y civil por contagios del SARS-COV-2 en residencias de mayores: nexo causal y criterios de imputación”. URL: <http://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-30-extraordinario-2020>

PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, “Pandemia y Fraternidad Universal”, Ciudad del Vaticano, 2020, p. 1. URL: [www.academyforlife.va](http://www.academyforlife.va).

## **Documentos técnicos**

- OMS. Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19.

URL:[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC\\_long\\_term\\_care-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf) . 21 de marzo de 2020. Con acceso el 2 de junio de 2020.

- Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19. Ministerio de Sanidad. 5 de marzo de 2020.

URL:<https://www.segg.es/media/descargas/Residencias-y-Centros-sociosanitarios.pdf>.  
Con acceso el 7 de abril de 2020.

- Guía para la prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial. Ministerio de Sanidad.

URL:[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Residencias\\_y\\_centros\\_sociosanitarios\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Residencias_y_centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf).  
Consultado el 2 de abril de 2020.

- Resumen del Informe de estadística en residencias, de Envejecimiento en Red del CSIC, de octubre 2019.

URL:<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredestadisticasresidencias2019.pdf> . Con acceso el 16 de mayo de 2020.

- Declaración de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología SEGG COVID-19 “Las residencias y centros sociosanitarios son el recurso más vulnerable ante el coronavirus y requieren nuestro apoyo y acciones urgentes de protección”.

URL:<https://www.segg.es/media/descargas/residencias-centros-sanitarios-vulnerables-covid-19.pdf> (Publicado el 24 de marzo de 2020. Con acceso el 18 de mayo de 2020).

- Protocolo IMSERSO 2015 para los casos de derivación a urgencias de los usuarios de sus residencias.

URL:[https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im\\_089260.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_089260.pdf) con acceso el 31 de mayo de 2020).

- Informe del Defensor del Pueblo sobre residencias de mayores (1990).

URL:<https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/1990-01-Residencias-p%C3%BAblicas-y-privadas-de-la-tercera-edad.pdf>. Con acceso el 27 de mayo de 2020.

- 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.

URL:<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>. (Fecha: 25 de marzo de 2020. Con acceso el 28 de marzo de 2020).

- Declaración del Comité de Bioética de España sobre el 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.

URL:[http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE\\_Declaracion\\_sobre\\_companamiento\\_COVID19.pdf](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE_Declaracion_sobre_companamiento_COVID19.pdf) Fecha: 15 de abril de 2020.

- Requisitos de acreditación de residencias para personas mayores (Federación de Residencias y Servicios de Atención a las Personas Mayores).

URL:<https://www.inforesidencias.com/recursos/public/biblioteca/documentos/ley-de-dependencia/la-acreditacion-de-servicios-a-la-dependencia-en-espaa-lares-.pdf> (con acceso el 2 de junio de 2020).

- Protocolo IMSERSO para la derivación a urgencias de los usuarios de sus residencias.

URL:[https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im\\_089260.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_089260.pdf) con acceso el 31 de mayo de 2020).