

Cuadernos  
de la Fundació **60**  
Víctor Grífols i Lucas

# Cuidarse en la sociedad entre pandemias

FUNDACIÓ  
VÍCTOR  
GRÍFOLS  
i LUCAS

12/07/2022

60

Cuidarse en la sociedad entre pandemias

Cuadernos  
de la Fundació **60**  
Víctor Grífols i Lucas

FUNDACIÓ  
VÍCTOR  
GRÍFOLS  
i LUCAS

*Con la colaboración de:*



Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas  
Cuidarse en la sociedad entre pandemias Nº 60 (2022)  
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona  
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org  
ISBN 978-84-09-42787-1 Depósito Legal: B 14583-2022

# Cuidarse en la sociedad entre pandemias

Cuadernos  
de la Fundació **60**  
Víctor Grífols i Lucas

## SUMARIO

Pág.

### **Presentación**

*Andreu Segura y Àngel Puyol* ..... 7

### **Cuidar con tacto**

*Txetxu Ausín* ..... 13

### **¿Las decisiones para la prevención de la COVID-19 estaban por encima de todo?**

Reflexiones desde la filosofía

*Oriol Farrés*..... 28

Reflexiones desde la salud pública

*Lucía Artazcoz* ..... 46

### **La ética de las medidas de salud pública adoptadas en las residencias de ancianos. Lecciones para el futuro**

*Begoña Román* ..... 60

*José Augusto García* ..... 71

### **Aportaciones de los expertos**

*Francisco Javier García León* ..... 88

*Joan Guix* ..... 91

*Colectivo Minerva* ..... 93

*Màrius Morlans* ..... 97

*Iris Parra* ..... 101

*Bernabé Robles* ..... 103

**Relación de autores** ..... 108

**Títulos publicados** ..... 110

## PRESENTACIÓN

El nuevo cuaderno que presentamos corresponde al decimoprimer encuentro del Grupo de Trabajo de Ética y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Se trata de una contribución que ha dado lugar también a once de los 58 cuadernos monográficos editados hasta el momento por la Fundació, casi uno de cada cinco. Nos congratulamos enormemente por ello.

En la anterior edición dedicamos la jornada a tres aspectos controvertidos de la pandemia de la COVID-19 merecedores de consideraciones éticas: la participación ciudadana en las políticas epidemiológicas, el paternalismo de dichas políticas, y su transparencia y comunicación. En esta ocasión, hemos pensado que merecía la pena compartir reflexiones éticas y salubristas sobre las recomendaciones preventivas que han supuesto una seria e incómoda limitación del contacto físico entre las personas, y sobre cómo esas políticas de salud pública han afectado a la idea del cuidado como acto en sí y como fin de esas mismas políticas. Por eso, hemos sugerido el siguiente título para la jornada de finales de 2021 de la que se hace eco el presente cuaderno: *Cuidarse en la sociedad entre pandemias*.

*Cuidar* es una palabra polisémica. Es un verbo transitivo que significa «poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo», o «asistir, guardar o conservar»; pero también es un verbo intransitivo cuando se emplea, por ejemplo, al decir «cuidar de los niños»; sin olvidar sus usos pronominales como «mirar por la propia salud, darse buena vida» o «vivir con advertencia respecto de algo».

El cuidado se puede entender, pues, como la cualidad de la interdependencia entre las personas, imprescindible para que sean viables los grupos humanos desde los más simples (las bandas y los clanes prehistóricos) hasta las sociedades más complejas. Eso implica, para los individuos, asumir ciertos riesgos, inseguridades e incertidumbres, entre ellos los derivados de las epidemias, unos riesgos que vale la pena prevenir, evitar o al menos paliar, siempre que

los efectos indeseables de las medidas preventivas sean aceptables. De ahí el interés en reflexionar conjuntamente sobre las potenciales consecuencias negativas de aislamientos y cuarentenas, de la supuesta superioridad moral del valor salud, y de los dilemas que aparecen a la hora de intervenir sanitariamente en las residencias para ancianos y otras personas con un alto grado de dependencia. Esos tres temas han sido los ejes vertebradores de esta jornada.

No consideramos la denominada «estrategia cero» para frenar la epidemia que algunos países, como China, todavía propugnan porque a estas alturas parece suficientemente claro que no es factible. Mantener poblaciones y territorios exentos de virus que pueden parasitar humanos y otros animales y que se pueden propagar rápidamente es misión imposible, a pesar de los anhelos de muchos, incluidos algunos profesionales sanitarios de prestigio aquí en Occidente. Sin embargo, sí que podemos tener en cuenta las consideraciones de Margaret Douglas *et al.*<sup>1</sup> sobre los potenciales efectos adversos de mantener las distancias con propósitos preventivos, distancia que, siendo física, como corresponde, casi todo el mundo califica de social, locución que acentúa la naturaleza de barrera que tiene la medida.

Douglas y su equipo nos advierten de que las medidas preventivas que implican establecer una distancia social comportan potenciales efectos adversos sobre la salud (incluida la salud mental, pero no solo ella) y la equidad sanitaria; efectos que se derivan de los comportamientos restrictivos del contacto entre las personas en diversos ámbitos (social, educativo, laboral, cultural, etcétera). Dichos autores no ponen en duda la necesidad puntual de ese tipo de medidas, pero sí proponen diversas maneras de limitar los inconvenientes y perjuicios asociados a ellas.

Por otra parte, la ética del cuidado ha adoptado un estatus de teoría moral reciente desde la aparición, en 1982, del libro de Carol Gilligan *In a Different Voice*.<sup>2</sup> Como idea y concepto, forma parte ya de las ideas fuerza de nuestro tiempo, habitualmente solicitada para enmendar a las teorías de la justicia excesivamente deontológicas, y teniendo bastante éxito académico en el ámbito de la ética clínica, sobre todo en el campo de la enfermería. Nuestra intención aquí es comprobar el significado de la ética del cuidado en la salud pública, justamente el campo de la salud donde el contacto físico o directo

entre los profesionales y los receptores de sus servicios es muy poco claro, incluso a veces –solo a veces– prescindible. Y ahí está la paradoja que estimula nuestra curiosidad intelectual en esta jornada: cómo cuidarnos bien en cuestiones de salud pública si, como ocurre con el confinamiento y la distancia social impuestos o recomendados, se nos impide tocarnos, abrazarnos, sentir o compartir el aliento de los demás, la forma de relación humana más primaria y fundamental que tenemos para cuidar unos de otros.

El formato de la jornada fue el de costumbre desde hace once años: tres temas con una doble ponencia para cada uno por parte de un experto proveniente del mundo de la filosofía y otro de la salud pública, junto a invitados de ambos ámbitos como participantes. El objetivo fue también el de siempre: llevar a cabo un debate interdisciplinar y enriquecedor sobre la ética de la salud pública.

El primer tema de la mañana estuvo dedicado al dilema que plantea adoptar actitudes preventivas que interfieren en las relaciones entre las personas hasta el punto de impedir el contacto directo entre ellas. ¿Es posible cuidarse sin tocarse? fue la pregunta que intentaron responder los dos primeros ponentes. Txetxu Ausín, filósofo y científico titular en el Instituto de Filosofía del CSIC, en Madrid, nos interpeló sobre esa paradoja inicial y repasó todas sus aristas desde un punto de vista filosófico y antropológico, no con ánimo de denunciar de plano las políticas epidemiológicas de la pandemia, sino de invitarnos a tomar conciencia del verdadero significado del cuidado humano y del cuidado de la salud en medio de esas políticas y, por extensión, de la responsabilidad de todos y cada uno de nosotros en el ejercicio de ese cuidado colectivo que es la salud pública. Estrella Lalueza, la segunda ponente, partió de su experiencia personal como especialista en salud comunitaria en las comarcas de Lleida y activista de una oenegé dedicada a mejorar la vida y la salud de comunidades pobres en África para recalcar la importancia de no desvincular salud pública y cuidados. En su intervención, enfatizó la parte emocional del cuidado humano sin la cual la salud pública se puede convertir en un estéril y frío intervencionismo institucional que la aleja de su fin original.

La segunda mesa de la mañana se centró en la discusión sobre la posible superioridad moral de las medidas salubristas, si están o deberían estar por

encima de otras consideraciones éticas en la sociedad incluso en tiempos de pandemia. Ante esa cuestión, Oriol Farrés, profesor de Filosofía Política en la UAB, recordó el aforismo republicano de Cicerón: «Salus populi suprema lex est», y se preguntó si efectivamente la salud pública debería ser una especie de ley suprema que toda la sociedad debe seguir a pies juntillas sin derecho a réplica o enmienda. Esgrimió, además, desde la teoría política del republicanismo, los requisitos que deben cumplir las políticas de salud pública para ser ética y democráticamente legítimas. Por su parte, Lucía Artazcoz, directora del Observatorio de Salud Pública de la Agencia Catalana de Salud Pública, intentó contestar a la pregunta de la mesa desde la perspectiva de los profesionales de la salud pública: hasta qué punto están estos legitimados para imponer restricciones vitales a los ciudadanos que no los han elegido democráticamente. Este es un planteamiento que vale la pena analizar con cierto detalle a fin de abordar también los eventuales efectos indeseables que pueden provocar algunas manifestaciones públicas de expertos sanitarios, ya sea de médicos que, afectados por la presión asistencial y por las deficiencias organizativas, estigmatizan a las personas que no se han vacunado, tratándolas de irresponsables y casi de delincuentes, o de quienes, desde un supuesto sentido común epidemiológico, no dudan en calificar de estúpidos a esos ciudadanos díscolos con los postulados de la ciencia.

Las dos ponencias de la tarde tuvieron el denominador común de averiguar el modo en que se ha ejercido el cuidado de las personas en las residencias durante la pandemia, un tema particularmente delicado y polémico porque esos centros concentraron la mayor parte de la mortalidad en los primeros meses de la epidemia, con consecuencias muy duras de asumir para los residentes, sus familiares y la sociedad en general. Begoña Román, profesora de Filosofía Moral en la UB, presidenta del Comité de Ética de los Servicios Sociales en Cataluña y patrona de la Fundació Grífols, detalló los problemas éticos que han llevado a los fallos estructurales en el cuidado social e institucional que recibieron estas personas especialmente vulnerables al menos hasta la irrupción de las vacunas. Y José Augusto García, presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, expuso con detalle las causas políticas y profesionales de esos mismos fallos estructurales en el cuidado obligado a las personas institucionalizadas en las residencias, y propuso algu-

nas ideas sugerentes para mejorar el modelo de residencias en nuestro país, una tarea tan urgente como imprescindible.

Las ponencias están reproducidas en las siguientes páginas del cuaderno y vienen acompañadas de las reflexiones, en un formato más breve, de los intervinientes en la discusión posterior que se produjo durante la jornada. Esperamos que estos textos contribuyan a enriquecer la reflexión y la discusión sobre el cuidado en tiempos de pandemia y que la próxima no nos coja tan desprevenidos. Al fin y al cabo, una comunidad que descuida su propio cuidado está condenada al sufrimiento y, en última instancia, a la desaparición.

*Andreu Segura*

Coordinador del Grupo de Trabajo de Ética y Salud Pública de SESPAS

*Àngel Puyol*

Catedrático de Ética de la Universitat Autònoma de Barcelona

## Notas

1. Douglas M, Vittal Katikireddi S, Taulbut M, McKee M, McCartney G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *BMJ*. 2020; 369: m1557. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1557>.
2. La Fundació Víctor Grífols i Lucas publicó, de la misma autora, La ética del cuidado, Cuaderno n.º 30; 2013.

# Cuidar con tacto

**Txetxu Ausín**

*Grupo de Ética Aplicada GEA, Instituto de Filosofía, CSIC*

## 1. Cuidado

La Fundació Víctor Grífols i Lucas y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) nos invitan a plantearnos el cuidado en sociedad en tiempos de pandemias. Para ello nos plantean la pregunta de si es posible cuidarse sin tocarse. Y la respuesta no puede sino comenzar por una breve definición de qué entendemos por «cuidado».

Hablamos de cuidado como una variedad de actividades para mantener, conservar y desarrollar la vida con vistas a resolver los obstáculos y las dificultades que entorpecen su desarrollo. Cuidar es poner atención, diligencia, esmerarse, asistir. Ampliando un poco más el foco, The Care Collective defiende que «los cuidados son nuestra capacidad individual y colectiva de proporcionar las condiciones políticas, sociales, materiales y emocionales que permitan que la gran mayoría de las personas y criaturas vivientes de este planeta prosperen, junto con el propio planeta» (The Care Collective, 2021, p. 13).

Una definición estándar y extendida del cuidado es la que ofrecen Fisher y Tronto:

«[el cuidado se entiende como] una actividad genérica que comprende todo lo que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro “mundo” de tal forma que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nosotros mismos y nuestro entorno, todo lo cual cultivamos para entretejerlo en una red compleja que sustenta la vida» (Fisher y Tronto, 1990, p. 40; Tronto, 1993, p. 103).

Esta práctica del cuidado es una actividad compleja y rica que se puede descomponer en cinco elementos o estadios:

- a) La atención, preocupación o interés para reconocer las necesidades del otro (*caring about*).
- b) Hacerse cargo y responsabilizarse del cuidado; la voluntad de responder (*caring for*).
- c) La competencia y habilidad para proveer un cuidado bueno y exitoso (*care giving*).
- d) La disposición a recibir el cuidado y corresponsabilizarse (*care receiving*).

- e) La creación de las condiciones necesarias para el cuidado: confianza y solidaridad (*caring with*).

## 2. Vulnerabilidad

El cuidado es la respuesta a nuestra fragilidad y vulnerabilidad, a nuestra susceptibilidad a recibir un daño, un percance, un perjuicio, a ser heridos o padecer lesión física o moral. El término latino *vulnus* se refiere a la lesión, el daño, el golpe, la aflicción, la herida. La vulnerabilidad se relaciona con la posibilidad de sufrir, con la enfermedad, con el dolor, con la fragilidad, con la limitación y, en última instancia, con la muerte.

La vulnerabilidad conlleva la preocupación ética por la fragilidad del ser humano. La condición humana está marcada por su extremo grado de fragilidad, dado el carácter finito y temporal de toda vida humana. El sujeto humano encarnado no puede abstraerse de la mortalidad, de la decadencia física y mental, de las limitaciones; vivimos con la mortalidad y poniendo cuidado en ese sujeto vulnerable.

Y además de esta vulnerabilidad existencial (intrínseca) del ser humano, hay individuos o grupos en posiciones socioestructurales de especial desamparo y susceptibilidad al daño. Aunque partamos de una vulnerabilidad común y primaria, existen individuos y grupos donde el daño, el sufrimiento, el dolor, el abandono o el desamparo son el resultado de elementos sociales y ambientales. O cuya posibilidad de enfrentar esta vulnerabilidad es muy limitada.

La vulnerabilidad no es una característica inmutable y estable sino dependiente, selectiva y variable, un fenómeno cruzado y multidimensional que descansa en factores que se pueden cambiar y sobre los que cabe intervenir. Se habla entonces de capas o espacios de vulnerabilidad, entendidos como aquellas condiciones desfavorables que exponen a los individuos y grupos a mayores riesgos, a situaciones de falta de poder o control, a la imposibilidad de cambiar sus circunstancias y, por tanto, a la desprotección (vida precaria). Hablamos de una suerte de vulnerabilidad inducida y de mecanismos sociales, económicos y ambientales productores de vulnerabilidad.

Esta asimetría de vulnerabilidad es clara en el ámbito de la salud: los resultados con relación a la salud están afectados adversamente por la pobreza, el desempleo y las bajas condiciones de la calidad de vida (determinantes sociales de la salud).

La vulnerabilidad cuestiona el relato hegemónico sobre el que se ha construido el modelo jurídico-político de la modernidad, a saber, el mito de la autosuficiencia y la independencia, el de un individuo soberano que ni nace, ni enferma, ni envejece, ni pierde facultades, el de un sujeto descorporizado que ni sufre, ni padece dolor, ni se cansa, ni siente hambre y sed, ni muere en última instancia.

### 3. Cuerpo

La vulnerabilidad se manifiesta, se expresa primordialmente a través de nuestros cuerpos, de nuestra condición material y «encarnada».

El cuerpo es nuestra estructura física y material, es la condición de posibilidad de nuestra existencia, de nuestro interactuar con el mundo, constituye la realidad básica y radical de la vida humana. En el cuerpo se entrecruzan vivencia, movimiento y actividades, manipulaciones y relaciones sociales, interacciones con las cosas, el medio natural y los otros, funciones mentales y estados afectivos, capacidades lingüísticas y expresivas, etc. Las experiencias del cuerpo sensible y sentiente son la realidad en que comparecen todas las demás realidades físicas, culturales y las relaciones humanas. Así, nuestro cuerpo lleva a la vez el sello de lo posible y de lo inevitable. Por ello, dice Michel Bernard en su obra *El cuerpo* (1991) que toda reflexión sobre lo corporal proclama un valor, indica una cierta conducta y determina la realidad de nuestra conducta. El discurso sobre el cuerpo no es neutro.

Así, en nuestro cuerpo físico reside nuestra fragilidad, nuestra vulnerabilidad y nuestra necesidad de cuidados.

El olvido del cuerpo en el pensamiento moderno ha sido criticado por la filosofía feminista para la que el yo-autónomo no es un yo-desencarnado y, por tanto, nuestro valor como personas morales no se debería definir a costa del

olvido y represión de nuestra vulnerabilidad y dependencia como seres corporales (Benhabib, 1992).

En palabras de Judith Butler (2008), «el cuerpo es algo que se entrega a los otros para persistir; se entrega a otro conjunto de manos antes de que uno mismo pueda usarlo». Nuestra corporalidad frágil y vulnerable es social, nuestro cuerpo no es del todo nuestro, nuestra vida no es completamente nuestra. Butler afirma que la forma en que los demás me encuentran y la forma en que me preservo, dependen fundamentalmente de las redes sociales y políticas donde vive el cuerpo, de cómo me tratan y me consideran, y de cómo este tratamiento y consideración facilitan esta vida o no consiguen hacer que sea digna de ser vivida. De esto se sigue, por tanto, que determinados tipos de cuerpos parecerán más precarios que otros, dependiendo de qué versiones del cuerpo, de la morfología en general, apoyen o avalen la idea de la vida humana que vale la pena proteger, cobijar, que vale la pena vivir, cuya desaparición es digna de ser lamentada.

En cambio, ese humano adulto, sano, independiente, que trabaja en el mercado, inmune al sufrimiento, es una idealización, no define a ningún ser humano concreto y real, es un ser tan perfecto como inexistente. Y un ser incorpóreo se convierte automáticamente en un individuo irresponsable. De aquí la dimensión ética de la corporalidad que hemos destacado.

Es preciso resaltar que el cuerpo ha sido y es un dispositivo fundamental de regulación y control social pero también de denuncia y reivindicación. Precisamente, la defensa de la pluralidad y diversidad de los cuerpos, el análisis de la conexión íntima entre los cuerpos y los contextos históricos y geográficos en los que se configuran y viven dichos cuerpos, y la denuncia de un modelo de cuerpo hegemónico y normativo fueron los caballos de batalla intelectuales y activistas de la irrepetible Sole Arnau, como queda reflejado en las conclusiones su tesis doctoral *Estudios críticos de y desde la diversidad funcional*:

«Este sistema patriarcal y paternalista golpea, victimiza, mata..., a determinados/as sujetos/as con unas corporalidades concretas. El cuerpo se convierte por tanto en ese territorio donde ocurre todo, posibilidades de existir, de ser, de sentir..., pero también se convierte en expresión de opresión. [...] Nues-

tras realidades, nuestros cuerpos, nuestras sexualidades, nuestras excitaciones, nuestras caricias (me refiero sobre todo a las personas con diversidad funcional, a quienes necesitamos apoyos generalizados de manera permanente), para que puedan existir dependen de unas políticas públicas y sociales respetuosas con nuestros derechos humanos» (Arnau, 2019, pp. 508 y 512).

## 4. La piel y el tacto

Si hablamos del cuerpo, es inevitable referirse a la piel y el tacto. Decía Paul Valéry que lo más profundo que hay en el hombre es la piel. La piel es el mayor órgano del cuerpo, nos cubre por completo, es el más sensible de nuestros órganos, nuestro primer medio de comunicación que posibilita que el organismo conozca su entorno y nuestro protector más eficaz (nuestra primera línea de defensa). El sistema táctil es el primer sistema sensorial que se hace funcional en toda la especie humana y el área superficial de la piel posee un gran número de receptores sensoriales que reciben estímulos de calor, frío, tacto, presión y dolor. Quizá sea, junto con el cerebro, el más importante de nuestros sistemas orgánicos, espejo también de nuestras pasiones y emociones:

«En las diferentes partes del cuerpo, la piel varía de textura, flexibilidad, color, olor, temperatura, inervación y otros aspectos. Asimismo, la piel, sobre todo el rostro, recoge los sufrimientos y los triunfos de la vida, lleva consigo su propia memoria de experiencia [...]. El crecimiento y el desarrollo de la piel continúan durante toda la vida» (Montagu, 2004, p. 24).

Las funciones de la piel son muy numerosas (Montagu, 2004, pp. 26 y 27):

- Base de los receptores sensoriales, sede del sentido del tacto.
- Fuente de información y procesador.
- Fuente inmunológica de hormonas para la diferenciación protectora de células.
- Protege las partes subyacentes de agresiones de radiación y mecánicas.
- Barrera ante materiales tóxicos y organismos extraños, así como contra numerosas bacterias.
- Regulación de la tensión y el flujo sanguíneo.
- Es un órgano regenerativo y reparador.

- Produce queratina.
- Regula la temperatura.
- Está implicada en el metabolismo y almacenamiento de grasa.
- Y en el metabolismo del agua y de la sal mediante la transpiración.
- Es un depósito de alimento y agua.
- Actúa como órgano respiratorio y facilita el flujo de entrada y salida de gases.
- Sintetiza la vitamina D, que impide el raquitismo.
- Las glándulas sebáceas producen sebo que lubrica la piel y el pelo y aísla el cuerpo de la lluvia y el frío.
- Se limpia a sí misma.

El tacto es la sensación o contacto de la piel de otro o de la propia (el tacto es una acción reflexiva) y puede adoptar forma de caricias, abrazos, tomar en brazos, contacto con los dedos o con toda la mano o variar del simple contacto corporal a la estimulación táctil extensa implicada en el acto sexual. Se dice, de hecho, que el sexo es la forma más elevada de tacto. El escritor Novalis decía que: «Tocamos el cielo cuando ponemos nuestras manos sobre un cuerpo humano».

Desde una perspectiva filosófica, a través del tacto detectamos sensaciones de todo tipo, y las sensaciones o la ausencia de ellas son una de las funciones que determina nuestra experiencia como individuos y como sociedad. Para Ortega y Gasset, el tacto implica tanto la presencia del cuerpo que tocamos como la del cuerpo con el que tocamos y así nuestro mundo está compuesto de presencias, de cosas que son cuerpos, y lo son porque entran en contacto con lo que nos es más próximo, con el «yo» que somos, es decir, con nuestro cuerpo:

«[...] fue el tacto el sentido originario del que los demás se han ido diferenciando. Desde nuestro punto de vista más radical es cosa clara que la forma decisiva de nuestro trato con las cosas es, efectivamente, el tacto. Y si esto es así, por fuerza tacto y contacto son el factor más perentorio en la estructuración de nuestro mundo» (Ortega y Gasset, 1957).

Frente a lo «virtual», el tacto, según Bertrand Russell, nos proporciona sensación de realidad. En este sentido, para Remedios Zafra, no hay tacto en

nuestras habitaciones conectadas. Tocar, acercarse, es imprescindible cuando la palabra y la pantalla no están disponibles o simplemente actúan como placebo a muy corto plazo. Las pantallas desactivan lo comunitario y borran los límites entre lo realmente acontecido y lo no acontecido. Nos hacen irreales.

Desde el punto de vista sensorial, un ser humano puede vivir a pesar de ser ciego, sordo y carecer de los sentidos del gusto y del olfato, pero le es imposible sobrevivir sin las funciones que desempeña la piel. Me permito recordar aquí las extraordinarias películas *Johnny cogió su fusil* o *El milagro de Anna Sullivan*, inspirada en el caso de Helen Keller, ciega y sordomuda desde la lactancia, que desarrolló su mente mediante la estimulación de la piel. Y fue un español, Jacobo Rodríguez Pereira (1715-1780), el primero que demostró con éxito que era posible enseñar a hablar a los sordomudos mediante el tacto. El método consistía en situar la boca del sordomudo contra la oreja, la cara u otra parte sensible del cuerpo, como la mano, para que así el sujeto aprendiese el significado de las diferentes impresiones que recibía. Pereira dijo: «Todos los sentidos cumplen sus funciones mediante un sentido del tacto más o menos modificado» (Montagu, 2004, p. 35).

Desde el nacimiento, la estimulación cutánea infantil temprana tiene una enorme influencia beneficiosa en el sistema inmunológico e importantes consecuencias en la resistencia a infecciones y otras enfermedades –incluso para el habla y la comprensión lingüística posteriores del niño.

En general, existen evidencias sobre la función inmunológica de la piel y los beneficios para la salud, el estado de alerta y la respuesta en los individuos que han sido tocados en comparación con los que apenas lo han sido.

Ello indica la importancia del contacto estrecho y de la lactancia materna en el nacimiento. Y explica afecciones como el síndrome de consunción (llamada en épocas anteriores «marasmo»): los lactantes privados del contacto con el cuerpo de la madre pueden desarrollar depresión profunda con pérdida de apetito, debilidad e incluso fallecimiento.

A principios del siglo xx se hicieron estudios que mostraban cómo en hogares humildes, pero donde se daba un contacto estrecho, los niños solían superar

las desventajas físicas y medrar a pesar de las escasas condiciones económicas e higiénicas. Para crecer se necesitan abrazos, paseos, caricias, arrullos...

Está comprobado que los lactantes siguen llorando incluso cuando alguien se aproxima o cuando la madre les habla. Sin embargo, cesan de llorar si se les toma en brazos y se les acaricia.

Muchos estudios, en animales y en humanos, muestran que la experiencia táctil desempeña un papel fundamental en el crecimiento y desarrollo.

Pero el tacto como acto terapéutico no es algo simple, no es un procedimiento mecánico o un fármaco, porque ante todo se trata de un acto de comunicación. Con todo, estudios como los de Older (1982) o Montagu (2004) sostienen que una adecuada estimulación cutánea (tocarse) es esencial para el correcto desarrollo orgánico y conductual de las personas, de modo que tocar es tanto cuidar como curar.

Y aunque existen diferencias nacionales, culturales y de clase en el contacto táctil y las culturas muestran diferentes formas de expresar y de satisfacer la necesidad de estimulación táctil, se trata de una necesidad universal, si bien sus formas varíen según el tiempo y el lugar.

En resumen, la piel y el sentido del tacto (tocarse) son fundamentales para el desarrollo humano desde el momento del nacimiento. La sensación del tacto como estímulo es vitalmente necesaria para la supervivencia física del organismo. Ningún organismo puede sobrevivir mucho tiempo sin estimulación cutánea de origen externo. Por ello, puede añadirse la necesidad de estimulación táctil al repertorio de necesidades físicas básicas en todos los vertebrados.

## 5. Sin tacto en pandemia

Actualmente, y más durante la pandemia, ha existido una dolorosa privación de la experiencia sensorial, en un mundo excesivamente tecnológico y «distante». Así, la crisis sanitaria ha devenido en una crisis de contacto.

Nuestro mundo está dominado por los «sentidos de distancia» (vista, oído), frente a los «sentidos de proximidad» (gusto, olfato, tacto). Algunos experi-

mentos realizados pasando de un escenario a oscuras a otro iluminado explicarían el carácter «censor» de la vista (ocularcentrismo), frente a un tacto más libre y abierto:

«La visión actúa como un árbitro de la conducta, como un inhibidor o un estímulo para la inhibición; el tacto está libre de censuras e inhibiciones. La visión es un medio de prejuicio perceptivo y se la da tan por supuesto que pocos advierten hasta qué punto la mayor parte de nuestros prejuicios están relacionados con la forma en que miramos las cosas» (Montagu, 2004, p. 299).

La falta de tacto se experimenta como una ansiedad por separación, falta de contacto, de conexión. Esta falta del contacto físico humano genera sentimientos de soledad, frustración, frialdad y de falta de calidez emocional. En consecuencia, la ausencia o privación de contacto, de experiencias táctiles, está directamente relacionada con la sensación de soledad. Por ello, el aislamiento es el peor de los castigos. Negar, prohibir el contacto, es un acto de rechazo, de miedo, pero también de crueldad y de abandono.

En España, durante la pandemia, se ha denunciado repetidamente la limitación del acompañamiento a las mujeres durante el parto y la restricción de la práctica «piel con piel» a través de separaciones innecesarias, como analizan mis compañeras de la red ESPACyOS (<https://espacyoscom.weebly.com/>) Ester Massó y Rosana Triviño (2020).

Limitar, dificultar o no favorecer el contacto «piel con piel» entre la madre y la criatura tras el parto entra en los parámetros de la denominada «violencia obstétrica». Y los impedimentos a la lactancia materna durante la pandemia han incrementado el riesgo de los bebés de sufrir enfermedades agravadas, sobre todo en prematuros y bebés con anomalías o trastornos neurológicos.

Si pasamos del nacimiento a la vejez, la visión inapropiada de la conducta táctil se incrementa con la edad, aunque las necesidades táctiles no disminuyen, sino que aumentan con el envejecimiento. Los ancianos suelen sufrir problemas de oído, agudeza visual, movilidad, circunstancias que aumentan su vulnerabilidad; y solo mediante la implicación emocional del tacto es como se puede salir del aislamiento y comunicar amor, confianza, afecto y calor.

Sin embargo, durante la pandemia, sobre todo en los primeros meses, las personas mayores institucionalizadas en residencias sufrieron aislamiento, soledad, privación de contacto y de tacto. Un daño enorme para sus frágiles cuerpos y sus vidas precarias. Un perjuicio para su salud física y mental, en nombre precisamente de la salud. Un abuso paternalista y contraproducente.

## 6. Conclusión

Si cuidar es hacerse cargo de nuestra vulnerabilidad (intrínseca y social), vinculada a nuestro cuerpo, para el que la piel y el sentido del tacto son absolutamente indispensables e insustituibles, entonces, no es posible cuidarse sin tocarse –porque no es posible vivir sin tocarse.

Poema de Donna Swanson, «Minnie Remembers»:

Dios,/ mis manos son viejas./ Nunca lo había dicho en alto,/ pero lo son./ Antes estaba orgullosa de ellas./ Eran suaves/ como el melocotón maduro./ Ahora tienen la suavidad/ de las sábanas ajadas o las hojas marchitas./ ¿Cuándo estas manos esbeltas y gráciles/ se convirtieron en garras nudosas y mer-madas?/ ¿Cuándo, Dios?/ Yacen aquí en mi regazo,/ desnudos recordatorios de este cuerpo cansado/ que tanto ha trabajado.

¿Cuánto tiempo hace que alguien me tocó?/ ¿Veinte años?/ Soy viuda desde hace veinte años./ Respetada./ Me dedican sonrisas./ Pero nunca me tocan./ Nunca me abrazan con tal fuerza/ que me haga olvidar la soledad.

Recuerdo cómo me abrazaba mi madre,/ Dios./ Cuando me sentía herida en carne o espíritu/ me acercaba a su persona,/ me tocaba el cabello/ o me acariciaba la espalda con sus manos cálidas./ ¡Oh, Dios, estoy tan sola!

Recuerdo el primer muchacho que me besó./ ¡Era tan nuevo para ambos!/ El sabor de/ unos labios jóvenes y palomitas,/ la intuición de los misterios que vendrían.

Recuerdo a Hank y a los bebés./ ¿Cómo podría recordarlos, si no juntos?/ Entre torpes intentos de nuevos amantes/ llegaron los bebés./ Y a medida que crecían, también lo hizo nuestro amor./ Dios, a Hank no pareció importarle/ que mi cuerpo se volviese algo más grueso y ajado./ Todavía lo amaba. Y lo

tocaba./ No nos importaba no ser ya hermosos./ Y los niños me abrazaban mucho./ ¡Oh, Dios, estoy tan sola!

Dios, ¿por qué no criamos a los niños/ para que fuesen bobos y afectuosos/ y no solo dignos y correctos?/ Cumplen sus obligaciones;/ vienen en sus buenos coches,/ entran en mi habitación y me presentan sus respetos./ Charlan animados y recuerdan el pasado./ Pero no me tocan./ Me llaman «Mamá» o «Madre»/ o «Abuela».

Nunca Minnie./ Mi madre me llamaba Minnie./ Lo mismo hacían mis amigos./ Y Hank también me llamaba Minnie./ Pero ya se han ido./ Y Minnie también./ Aquí solo queda la abuela./ ¡Y Dios! ¡Está sola!

## Bibliografía

- Ortega y Gasset J. El hombre y la gente. Madrid: Alianza Editorial; 2013 [1957].
- Russell B. ABC de la relatividad. Madrid: Cátedra; 2013 [1925].
- The Care Collective. El manifiesto de los cuidados. La política de la interdependencia. Barcelona: Bellaterra Edicions; 2021.
- Tronto J. Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care. Cambridge: University Press; 1993.
- Young MI. Responsabilidad por la justicia. Madrid: Morata, 2011.
- Zafra R. El entusiasmo. Barcelona: Anagrama; 2017.
- Arnau MS. Estudios críticos de y desde la diversidad funcional. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España), Escuela Internacional de Doctorado, Programa de Doctorado en Filosofía. 2019. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:ED-Pg-Filosofia-Msarnau>.
- Benhabib S. Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral. Isegoría. 1992; 6: 37-63.
- Bernard M. El cuerpo. Un fenómeno ambivalente. Barcelona: Paidós; 1994.
- Butler J. Vulnerabilitat, supervivència. Barcelona: CCCB; 2008.
- Fisher B, Tronto J. Toward a feminist theory of care. En: Abel E, Nelson M, editores. Circles of care: Work and identity in women's lives. Albany, State of New York: University Press; 1991. pp. 36-54.
- Massó E, Triviño R. Parto y aborto en tiempos de coronavirus: el impacto de la pandemia en los derechos sexuales y reproductivos. Enrahonar. 2020; 65: 117-130.
- Montagu A. El tacto. La importancia de la piel en las relaciones humanas. Barcelona: Paidós; 2004.
- Older J. Touching is Healing. Nueva York: Stein & Day; 1982.

**¿Las decisiones para  
la prevención de la  
COVID-19 estaban por  
encima de todo?**

## Reflexiones desde la filosofía

Oriol Farrés

*Profesor de Filosofía de la Universitat Autònoma de Barcelona*

Antes de responder a la pregunta (en el contexto de la pandemia de la COVID-19), es necesario establecer un marco teórico general. La pregunta (reformulada a tal efecto) sería pues:

¿Cuándo están por encima de todo las decisiones salubristas?

Y en concreto:

¿Pueden estar por encima de las libertades individuales?

Este planteamiento de la cuestión es claramente dicotómico. Es una versión del dilema entre la seguridad (en este caso, la salud) y la libertad (o autonomía) de la ciudadanía. ¿Falso dilema? Admito que esta formulación es muy abstracta. De hecho, este es un problema clásico de la filosofía aplicada. ¿Cómo podemos zurcir la capa ideal (de los valores) con la capa real (de las situaciones concretas o hechos)? ¿Qué utilidad tiene separar estas capas para luego volver a unir las? ¿No será que lo que llamamos «hecho» ya está valorativamente cargado? ¿No será que, como decía Nietzsche, un «hecho» ya es una *interpretación*? ¿O que los valores no tienen existencia objetiva alguna (no son «cosas» o «ideas platónicas») y que únicamente son propiedades (en forma de elogios o vituperios) que atribuimos a acciones particulares? ¿Tiene sentido la separación entre hechos (tema de la ciencia) y valores (tema de la moral)? ¿Y lo tiene en salud pública? Disculpen estas preguntas retóricas. Pero lo que está en juego aquí pienso que es muy serio. ¿Tiene la filosofía práctica (normativa) algo interesante que decir en el ámbito de la salud? ¿La filosofía se puede *aplicar*? ¿O solo los expertos (médicos, salubristas, enfermeros, etc.) tienen el monopolio de la palabra en todo lo relacionado con la salud (incluso en *sindemia*)? Esta última pregunta es la que me preocupa en especial. Soy coordinador de un Máster en Filosofía Aplicada, precisamente.

¿La filosofía aplicada sería δόξα (opinión) y la epidemiología ἐπιστήμη (conocimiento)? ¿Un filósofo, al lado de un científico, no es más que un sofista charlatán?

Imaginemos qué podría significar que «la salud está por encima de todo». Habría unos expertos en salud. Estos expertos tendrían el poder y legislarían (a la manera del Rey Filósofo de Platón, que ahora sería el Rey Médico). Los súbditos (legos en la materia) obedecerían, de grado o por la fuerza. El valor sería la salud. Quiero decir: el objetivo sería conseguir una población sana, lo máximamente sana posible. Todo lo demás sería secundario (podría ser importante, pero nunca más importante que la salud). Bueno, no hace falta decir que una sociedad así sería una pesadilla distópica. Esto es evidente. Hugo Tristram Engelhardt (1999) acuñó el término «puritanismo secular» para referirse a una ideología (remarco «ideología», pero también podría decir «religión laica») que propugna que los poderes públicos tienen la misión de obligar al ciudadano (súbdito, en realidad) a tener un estilo de vida sano. ¿«Sano»? Sí, «sano», siempre según los estándares del momento. No «enfermo», también según los estándares del momento. Los poderes públicos protegerían a los individuos de sí mismos, por su *bien* (beneficencia) y, si fuera necesario, contra su *voluntad* (vulnerando el principio de autonomía). Permítanme una hipérbola. Ante la COVID-19 y demás enfermedades, se implementaría una eficaz, efectiva y eficiente prevención de enfermedades contagiosas con una *untact society* (como en Corea del Sur)<sup>1</sup> a base de confinamientos indefinidos. Esto tiene un nombre en bioética: «paternalismo».

Veamos qué diría un liberal como Isaiah Berlin (2007) ante este cuadro:

«Paternalism is the greatest despotism imaginable. This is so because it is to treat men as if they were not free, but human material for me, the benevolent reformer, to mould in accordance with my own, not their, freely adopted purpose. This is, of course, the policy that the early utilitarians recommended» (Berlin, 2007, p. 47).<sup>2</sup>

Así, los súbditos (no los puedo llamar «ciudadanos») serían incluso utilitaristamente *felices* (o sanos)<sup>3</sup> –pero degradados como objetos sin «wills of their own» (Berlin, 2007, p. 47). La utopía de una sociedad absolutamente «sanitizada» o «saludificada» atenta contra algo que parece que valoramos. Este

«algo» es la libertad individual, la posibilidad de que cada cual pueda elegir su propio proyecto de vida sin tener que pedir permiso a nadie más (Berlin, que por algo era «liberal», estimaba especialmente esta libertad).

Mi hipótesis es que la imagen extrema de una sociedad orientada exclusivamente a la salud es inapropiada para la pregunta inicial. La argumentación refleja algunas de nuestras intuiciones: la indeseabilidad del paternalismo, por ejemplo. Pero está sesgada y confunde. No confunde porque sea extrema (se trata de un caso límite para ilustrar algo). Confunde porque equipara toda reacción gubernamental a una pandemia con el paternalismo. Es un problema de concepción. Las variables no están bien dispuestas, con lo cual nos acabamos preguntando algo así como «¿cuánto *paternalismo* estamos dispuestos a asumir en (la reacción a la) pandemia?». Recuerdo la pregunta inicial:

¿Las decisiones para la prevención de la COVID-19 estaban por encima de todo?

La distopía de la sociedad «sanitizada» es un experimento mental. No creo que nadie defienda esto por ahora. Y justamente por esta razón, porque es indefendible, es un paradigma que funciona en muchas argumentaciones y debates (es decir, es la fuente de la *fuera* de algunos razonamientos). Funciona cuando escuchamos decir:

- Nadie (y menos el Estado) me puede obligar a vacunarme contra mi voluntad (mi cuerpo es mío).
- Soy libre de no llevar mascarilla y de contagiarme si así lo deseo.
- Soy libre de circular o viajar aunque alguien (el poder público) declare el estado de alarma y, por extensión, el confinamiento domiciliario o perimetral.
- Quiero hacer una fiesta COVID más allá de mi burbuja.
- Etc.

Ahora es cuando veremos, espero, la *utilidad* de la filosofía. No solo porque nos encontramos en medio de un debate entre utilitarismo paternalista y liberalismo (que son posiciones filosóficas aunque a menudo no estén explícitas como tales). La filosofía es útil aquí porque nos puede ayudar a *ver* que este problema, en estos términos, está absolutamente mal planteado, al menos en el caso de una pandemia.

Primera precisión: despotismo (o tiranía) no es lo mismo que paternalismo. El tirano coacciona (interfiere) en base a sus intereses particulares (y en contra del interés general). El paternalista (como el déspota ilustrado) lo hace en base a los presuntos intereses de los súbditos (presumiblemente a favor del interés general). Pero Berlin tiene razón: hay algo en común entre ambos. Y lo que tienen en común es que tanto los gobernantes tiránicos como los paternalistas no consultan a la ciudadanía (de ahí que yo diga que un ciudadano no consultado no es ciudadano sino súbdito).

Segunda precisión: si los datos empíricos de numerosos estudios epidemiológicos y de salud pública internacionales (López-Acuña, Martínez Olmos e Infante Campos)<sup>4</sup> son válidos, las medidas sociosanitarias preventivas impiden los contagios. No sabemos qué podría haber pasado exactamente de no aplicarse. Pero podemos conjeturar con cierta plausibilidad que un mayor colapso hospitalario, por ejemplo, habría ocasionado todavía más muertes. El mundo supera ya los cuatro millones de personas fallecidas por COVID-19 (es algo propio de una conflagración global, esto es, una guerra mundial). ¿Estamos dispuestos a aumentar el número?

Un corolario a la segunda precisión: todavía dentro de la concepción liberal, Stuart Mill (*On Liberty*) nos dice que el individuo es soberano en lo que atañe a su cuerpo y a sí mismo (nadie le puede obligar contra su voluntad en lo que refiere a su vida), pero no en lo que afecta a los demás. Con-vivimos. *No man is an island...* En la crisis del coronavirus, las conductas individuales imprudentes pueden tener (y tienen de hecho) consecuencias negativas para *terceros*. Engelhardt dice: «si un individuo enfermo aumenta el riesgo de contagio en el resto de personas, estas pueden defenderse sin necesidad de recurrir a una idea completa y particular sobre el buen comportamiento moral» (1999, p. 21). Esto, pues, no es puritanismo secular. Una medida de prevención en una epidemia protege a los demás (el objetivo no es protegerte de ti mismo, sino proteger a terceros). No es paternalismo *prima facie* porque no te impongo una concepción del bien llamado *salud*.

Tercera precisión (la más importante de todas): en el esquema de salud/libertad con el que se ha operado hasta ahora, los poderes públicos son los atacantes y las libertades individuales son los refugios. Así, la libertad liberal (o

libertad negativa, de los modernos, como no interferencia) es un *muro* contra la ley. Esta es una simplificación distorsionada propia de todos los liberalismos. Los poderes públicos limitan derechos pero al mismo tiempo los garantizan. Si son «públicos» de verdad, es que son *republicanos*. Si son «públicos» de verdad, no son poderes privados externos que obligan paternal, patriarcal o despóticamente. Si son «públicos» de verdad, son de todos y de nadie en particular. Son poderes *públicos* (repito). La libertad individual es un bien público, que necesita de una provisión positiva de recursos (Holmes y Sunstein, 2000) para garantizarla, protegerla y perseguir sus lesiones. El derecho a la salud, también. La salud y la libertad no están conceptualmente separadas por un muro que protege a una (la libertad) de la otra (la salud). Son igualmente derechos que implican deberes (Puyol, 2017) –aunque bien es verdad que a menudo tenemos que elegir qué priorizamos y por qué.

Primer corolario a la tercera precisión: la libertad no es un *muro* contra la ley, sino una *puerta* a la ley. Tiene una dimensión privada y una pública. Tiene dos caras, como el dios romano Jano (dios de las puertas según Cicerón en su *De natura deorum*, 2.67). Me protege contra interferencias arbitrarias (cierro la puerta) y me garantiza mi estatus con interferencias no arbitrarias que como ciudadano puedo contribuir a determinar (abro la puerta). John Maynor escribe:

«Modern republicans want citizens to engage with the state and each other as they explore their differences through deliberation and discussion in the open and inclusive forums of the republic. By stressing *democratic contestation throughout the policymaking processes* as a way to minimize domination, a modern republic can react to the changing nature of life in the modern world» (2006, p. 138. Las cursivas son mías).<sup>5</sup>

Segundo corolario a la tercera precisión: no todas las leyes producen libertad. Republicanismo e «hiperlegalismo» son dos cosas distintas. Las órdenes de un tirano se podrían presentar como «decretos» o incluso como «leyes». Claramente, el tirano no está limitado por un verdadero Estado de derecho (por la *rule of law*) y su voluntad no está restringida por nadie, con lo cual el poder es arbitrario, discrecional y dominador (totalmente externo respecto a sus súbditos); en una palabra, absoluto (*legibus solutus*). Pero esta no es la única forma de entender el poder político:

«Republicans understood that it was popular sovereignty's constant location of power and authority in the people themselves, not in the state or its national institutions, that allowed these very institutions to breathe, take life, and have force. When applied, the principle of popular sovereignty ensured that the decisions of any national body were made through its people's determining, and with their *participation and consent*» (Leipold, Nabulsi y White, 2020, p. 3. Las cursivas son mías).<sup>6</sup>

La visión liberal de las relaciones entre la autoridad política y la libertad, a ojos de los republicanos, es una verdadera locura. En el liberalismo, toda ley es vista necesariamente como una reducción de la libertad, independientemente de su fuente.<sup>7</sup> Así, solo hay libertad a cobijo de las interferencias, sean como sean. Esta visión conlleva intangibles realmente tóxicos y, seguramente (a juzgar por lo que dicen los autores neorepublicanos), es causa de malentendidos graves que tienen un alto coste en materia de civilidad (el individualismo egoísta y políticamente apático es aquí el tema estrella por razones obvias). El primero en defender que la libertad es puramente negativa (o equivale a *no* interferencia) y no depende del régimen político en que nos hallemos fue el absolutista Thomas Hobbes:

«There is written on the turrets of the city of Lucca in great characters at this day the word LIBERTAS; yet no man can thence infer that a particular man has more liberty or immunity from the service of the commonwealth there than in Constantinople. Whether a commonwealth be monarchical or popular the freedom is the same» (*Leviathan*, xxi, §8, 110).<sup>8</sup>

La respuesta republicana al desafío hobbesiano no tardó en llegar. Fue de la mano de James Harrington:

«For to say that a Lucchese has no more liberty or immunity from the laws of Lucca than a Turk has from those of Constantinople; and to say that a Lucchese has no more liberty or immunity by the laws of Lucca, than a Turk has by those of Constantinople, are pretty different speeches. The first may be said of all governments alike; the second scarce of any two; much less of these, seeing it is known that, whereas the greatest Bashaw is a tenant, as well of his head as of his estate, at the will of his lord, the meanest Lucchese that has land is a freeholder of both, and not to be controlled but by the law, and that framed by every private man to no other end (or they may thank themselves)

than to protect the liberty of every private man, which by that means comes to be the liberty of the commonwealth» (1977, pp. 170-171).<sup>9</sup>

Que la legislación de un Estado democrático con calidad republicana sea, en relación con la libertad, equivalente a la de una monarquía absoluta (o incluso a la de un régimen totalitario) es inconcebible para los seguidores de Harrington. Ahora bien, los seguidores de Hobbes en este punto (en la actualidad, los llamados «liberales») no pueden evitar quedarse pasmados ante la *causa admirabilis*<sup>10</sup> del republicanismo. Ciertamente, acostumbrados como estamos a gozar de la «independencia privada» (Benjamin Constant) o la «liberty from» (Berlin, 2007, p. 42), los argumentos republicanos suenan chocantes, extraños y antiguos. Ahora bien, no digo que Hobbes fuera liberal (esto sería un anacronismo) y todavía menos que fuera totalitario (otro anacronismo). De hecho, este planteamiento (Harrington contra Hobbes) se debería matizar mucho más para no caer en simplificaciones caricaturescas.

Pero volvamos a nuestro contexto. En el caso de la COVID-19, para que el primer y el segundo corolario a la tercera precisión tengan algún sentido, el estado de alarma y las medidas subsiguientes han de ser parlamentariamente revisables, debe existir rendición de cuentas del gobierno, auditorías ciudadanas u otros procedimientos *fiduciarios*. Republicanamente, no es posible reunir a todo el pueblo en una asamblea y legislar (como quería el nostálgico Rousseau). Y mucho menos (como ya ni quería Rousseau), reunir a todo el pueblo en una asamblea para gobernar. En realidad, es un problema de *confianza* en los representantes (puesto que la democracia directa a gran escala es una quimera), sobre todo en momentos de crisis e incertidumbre. La palabra clave, en efecto, es «confianza».

Desarrollo la idea: «garantías» y «control» son ejemplares típicos del vocabulario republicano. Skinner (2002, p. 176) enfatiza que la institución de la *Guardia della libertà* es garante de las libertades de la República en Maquiavelo (*Discorsi* I, 5): tiene la función de impedir concentraciones excesivas de poder. Para Pettit (2004), el modelo de deliberación pública virtuosa consiste en que los políticos y los ciudadanos se comportan como *controladores* de calidad de las iniciativas parlamentarias y gubernamentales en lugar de ser meros lobistas que persiguen sus propios intereses particulares con el debate político o el voto. La deliberación no es lo mismo que la negociación

(esto no implica que se deba proscribir la negociación de los procesos democráticos). Ahora bien, se trata primariamente de un vocabulario que debe usarse con prudencia. Los controles y las garantías absolutas no existen. En términos republicanos, «lo que hay es confianza (*cum-fides*), conexiones fiables con los representantes (o delegados, comisionados, magistrados) políticos y con los demás ciudadanos. La confianza no es ciega; si realmente es confianza, es porque se puede retirar –como sucede con todas las relaciones fiduciarias auténticas (médico-paciente, cliente-abogado, etc.). La entrega de confianza no puede ser nunca incondicional (= servil). Es una donación comedida, meditada y revocable. Como ya he apuntado, la libertad no es un muro (cero confianza) ni un baldío (infinita confianza), sino una puerta que se puede abrir pero también cerrar (confianza que se puede entregar y retirar)» (Farrés, 2021, p. 12). Los políticos (no los jueces) deciden y asumen las consecuencias; luego, si se han cometido faltas, los ciudadanos los *tienen que poder revocar* o los tribunales juzgar.

Cuarta y última precisión: es posible justificar que, en algunos casos (casos de necesidad), *salus populi suprema lex est* (Cicerón, *De leg.* III, 3, 8) si y solo si el estatus de la ciudadanía no se ha erosionado y la seguridad jurídica está garantizada (republicanismo), las medidas sirven realmente para proteger a terceros vulnerables (liberalismo de Mill) y estas medidas son proporcionadas y no iatrogénicas; son mínimamente lesivas (Segura, 2021, p. 70). Pero *Salus* (como la diosa romana) no es solo la salud pública (¡esto sería un anacronismo flagrante!), sino las libertades y el bienestar de la población (el bien común o público de la república, del que la salud es, *en parte*, una parte pero no el todo). Lo admito: el problema del bien común es profundamente filosófico, casi insondable. Para empezar, ¿existe?

Permítanme un esbozo de respuesta. Una posibilidad es decir que el bien común no existe (y que solo existen bienes plurales particulares: individuales o incluso, como mucho, corporativos). Es una posibilidad. No pocos políticos y filósofos lo sostienen. Pero, nuevamente, el problema aquí es de *concepción*. Puede que no *exista* a priori el bien común, por lo cual no haya nada que se tenga que *descubrir*. El modelo del «descubrimiento» presupone que hay alguna cosa que está escondida y que únicamente aquel o aquella que tiene los conocimientos suficientes puede hallar (como cuando los astrónomos descu-

bren un nuevo planeta en el universo o como cuando los biólogos identifican un virus en el laboratorio). Pero este modelo del descubrimiento es completamente inapropiado para hablar de cuestiones ético-políticas (normativas). Aristóteles ya advertía en sus escritos de ética que el bien moral no es platónicamente matemático, sino que siempre está contextualmente situado en la praxis. Esto significa que la Idea (en mayúscula) del Bien (también en mayúscula) no es útil en ética. Llevando las cosas un poco más lejos que el Estagirita, propongo sustituir el modelo del descubrimiento del bien común por el de su «invención». El bien común no se descubre, sino que se inventa. Como cuando los romanos inventaron la diosa Salus y el dios Jano.<sup>11</sup>

Consecuencia ética de todo ello: precisamos de una herramienta para poder «inventar» el bien común. Pero esto ¿cómo se hace? Bueno, de hecho, hace dos mil quinientos años que ya tenemos la herramienta, por suerte (aunque no siempre se haya empleado). La virtud necesaria para calibrar la balanza entre todos los factores sindémicos (la salud física, la salud mental, la economía, la educación, las libertades, la cultura, el ocio, etc.) es la *prudencia*. La misma «prudencia» que ha de determinar que, en efecto, en plena ola de contagios, nos encontramos en una situación excepcional que precisa de medidas extraordinarias. Virtud política aristotélica (Pericles es el modelo de político prudente en el libro VI de la *Ética nicomáquea*). Según Aristóteles, cuando somos prudentes, es decir, *comedidos* (vemos los límites entre el exceso y el defecto), damos en el blanco (o término medio). La ética no es una ciencia exacta, sino aproximada y llena de matices. Entiéndase: damos en el blanco *modulando* siempre aproximadamente en función de las circunstancias (debemos ser medidos, moderados). Las decisiones políticas tienen que estar tan bien informadas como sea posible (con la mejor ciencia disponible). Pero, al final, son *decisiones*. No son conclusiones lógicas de un silogismo al que se llega deductivamente (tampoco inductivamente), sino propuestas contingentes fruto de la *deliberación* (Montero y Morlans, 2009). Esto no significa para nada que los políticos deban (o incluso puedan) ignorar olímpicamente el criterio de economistas, salubristas o juristas. No tendría ningún sentido abogar por esta especie de iconoclastia. No, más bien deberíamos pensar que el campo del conocimiento es una condición necesaria, pero no suficiente, para la acción política. El buen político escucha las voces plu-

rales de este campo. A continuación, pondera. Finalmente, decide. Y los criterios de la decisión (junto con la traducción a román paladino de la artillería científica empleada) tienen que estar abiertos al público (o ser cívicamente escrutables).<sup>12</sup>

Haré una digresión para terminar de apuntalar el argumento. He comenzado la ponencia distinguiendo entre sabios y sofistas, esto es, entre científicos y charlatanes. Llegados a este punto, por justicia, debo matizar un poco. Aunque «sofista» y «charlatán» sean hoy en día sinónimos –entre otras cosas gracias a la potente influencia platónica que se ha hecho sentir a través de los siglos–, en realidad originariamente no eran lo mismo. Siempre ha habido charlatanes y no siempre ha habido sofistas. Algunos sofistas (sobre todo, la Nueva Sofística) eran efectivamente charlatanes y erísticos, camorristas. Los Viejos Sofistas, no. El más importante de todos, Protágoras, por supuesto que no. Durante siglos fue considerado como un filósofo a la altura de los más grandes.<sup>13</sup> Platón lo trata con muchísimo respeto en sus diálogos (igual, por cierto, que a otro viejo sofista: Gorgias). Esto lo digo porque me voy a referir al Gran Discurso de Protágoras (que se encuentra en el *Protágoras* de Platón, 320c-322d). Este discurso es una refutación de la «tecnocracia» y del *aristocratismo* político, a los que opone un pensamiento radicalmente democrático (Domènech, 2019). Al mismo tiempo, también es una muestra preciosa del método didáctico del que se servían los primeros sofistas.

Protágoras se dispone a contar un mito basado en Hesíodo, pero lo versiona. Cuenta que los hermanos Epimeteo y Prometeo fueron los titanes encargados de dar nacimiento a todas las razas mortales. Epimeteo (el hermano tonto, etimológicamente «retrospectivo») se ofreció voluntario para distribuir las características a cada especie animal. Prometeo (el hermano listo, etimológicamente «previsor») se comprometió a supervisar el resultado de la distribución. Pero sucedió que Epimeteo cometió un error en su tarea: dejó al ser humano sin equipar, totalmente desnudo, mientras que los demás animales estaban provistos de garras, pieles, alas y demás capacidades para poder sobrevivir. Prometeo, al verlo, robó el fuego a Hefesto y la técnica a Atenea, y los regaló a los hombres. Aun así, estos no conseguían mantenerse con vida, puesto que les faltaba el arte político para poder estar juntos y en paz (= convivir). Finalmente, Zeus, por medio de Hermes, entregó el sentido moral y el

sentido de la justicia a todos los seres humanos sin excepción. De este modo, ya no morían los unos en manos de los otros. Se habían convertido en seres cívicos, en ciudadanos. Fijémonos bien: mientras que las técnicas están desigualmente distribuidas (uno es más hábil en una técnica y otro más hábil en otra), la pericia política es universal. Protágoras, al comentar el mito, establece tres niveles: 1) epimeteico, 2) prometeico y 3) político. Epimeteicamente, todas las personas tienen igualmente necesidades y fragilidad (en filosofía, hoy a esto lo llamamos «vulnerabilidad»<sup>14</sup>). Prometeicamente, la distribución de las técnicas en la humanidad no es homogénea (con lo cual se posibilita la división del trabajo, la especialización, el mercado y la prosperidad económica). Políticamente, todos estamos igualmente capacitados. O sea, que el herrero, por ejemplo, aunque sea un artesano plebeyo sin pedigrí, también puede deliberar y participar, es decir, también puede dar consejo a la ciudad. Protágoras era maestro en buena-deliberación (εὖ-βούλησις), experto en las palabras (retórica) y la educación cívica. Bajo su punto de vista, nadie quedaba exento de aprender a ser buen ciudadano, que en su contexto equivalía, también, a ser buen político. De este modo, se puede concluir que la política no es (¡o no *debe* ser!) una especialidad destinada a expertos. Todos tenemos criterio en estos asuntos (en la medida en que participamos del sentido moral y del sentido de la justicia). La virtud política no está restringida a unos pocos (es potencialmente universal). Esta es la auténtica moraleja del Gran Discurso de Protágoras.

El nivel prometeico suple las carencias del nivel epimeteico. El nivel político hace lo propio con las carencias del prometeico. Dicho de otra forma, la tecnociencia<sup>15</sup> no tiene la última palabra en la esfera de las cosas humanas. No es decisiva. Para usar los términos en que me he expresado a lo largo de esta ponencia, el conocimiento científico-técnico (propio de las intervenciones en salud pública) debe estar *republicanamente* tutelado por la ciudadanía. Si damos por bueno el mensaje del mito protagórico (podríamos hacerlo o no, todo depende de si el argumento literario nos persuade y de si aceptamos el modelo de la invención en lugar del descubrimiento), la tecnociencia no puede ser totalmente autónoma ni directiva. Forma parte de la ciudad (= *res publica*) y, en consecuencia, tiene que estar limitada, al menos, por el sentido de la justicia<sup>16</sup> (una ciencia *incivil* no puede estar permitida). Los códigos

éticos, pongamos por caso, en la experimentación científica juegan este papel limitador a día de hoy. Si pasamos de la ciencia a la política, todavía es más determinante el rol de la ciudadanía. Ante una decisión difícil, el político responsable (Weber, 1998) buscará un asesoramiento tan epistémicamente solvente como sea posible. Pero el juicio final penderá de su propia prudencia. Al político, pues, solo le queda responsabilizarse de su decisión ante la ciudadanía (responder de ella ante el cuerpo soberano). Ahora bien, sin educación cívica (= republicana) nunca podremos saber si el arquero o la arquera ha hecho diana o bien si tiene que ser sustituido o sustituida. Esto es lo que sucede en una «democracia sin ciudadanos» (Camps, 2010). ¿Estamos ahí?

Por último, un escolio. Parece que la respuesta a la pregunta sobre si las medidas para la prevención de la COVID-19 estaban (o están todavía)<sup>17</sup> por encima de todo es afirmativa. Pero es afirmativa con salvedades. En primer lugar, se ha argumentado que estas decisiones no buscaban la realización de un bien para el ciudadano al margen de su voluntad expresa (no eran paternalistas<sup>18</sup> *prima facie*). Servían para proteger a terceros. Así, un ciudadano se vacuna, en principio, por solidaridad (no está legalmente obligado). Pero se confina, cuando es necesario, por imperativo institucional. ¿Hay límites a este principio? ¿No podríamos suponer que las vacunaciones también deberían ser una imposición legal en pandemia? ¿Y no podríamos ampliar esta lógica en condiciones pospandémicas? ¿Deberíamos obligar a la gente a someterse a cuarentenas durante la gripe estacional para evitar contagios a terceros vulnerables incluso sin evidencias de colapso hospitalario? Está claro que unas medidas de protección tan restrictivas no tienen sentido en una situación no pandémica (da un poco de vértigo hablar a estas alturas de «situación normal»). Pero ¿por qué no? Quizá porque en principio la persuasión es mejor que la coacción. Sea como sea, la ponencia, en este punto, se ciñe al contexto del estado de alarma y guarda silencio sobre otros contextos. Lo único que se puede sacar en claro es que las respuestas a estos interrogantes valorativos dependerán en buena medida de nuestras concepciones del bien (sentido moral). En segundo lugar, el quid de la cuestión es la declaración del estado de alarma. Ello implica suspensiones de derechos. En el funcionamiento ideal de una República (me refiero a la filosofía *republicanista* y no únicamente a la forma republicana de Estado) los controles, garantías y leyes operan de

tal forma que son interferencias no arbitrarias (no dominadoras) sobre la ciudadanía; y esto es así porque son contestables o, más aún, moldeables democráticamente. El régimen asegura, pues, la libertad (republicana). Nadie está por encima de la ley. Esta es la intuición ciceroniana de la máxima «salus civitatis in legibus sita est» (*Clu.* 53).<sup>19</sup> En efecto, el régimen político, si está realmente *civilizado*, posibilita la libertad y el bienestar de la ciudadanía. Operativamente, tiende al bien común (hay tantos bienes comunes como regímenes posibles porque el bien de la *civitas* en conjunto depende de la definición del régimen, lo cual hace necesaria una aristotélica «educación ciudadana en el régimen» permanente). Mediante esta fórmula, Cicerón, con toda probabilidad, estaba traduciendo un paso clave de la *Retórica* de Aristóteles: «el bienestar (σωτηρία, *salus*) de la ciudad está basado en las leyes (τοῖς νόμοις)» (I 4, 1360a19). El sentido de la justicia (ahora estoy hablando de «leyes») impide que la situación de suspensión legal transitoria corte el vínculo fiduciario entre gobernantes y gobernados. Por ello, en los casos excepcionales, se apelaba a una *suprema lex* y a la necesidad de una futura rendición de cuentas de la acción *política* realizada. Así pues, las decisiones para la prevención de la COVID-19 no se pueden justificar si no son republicanamente respetuosas. Y finalmente, en tercer lugar, las medidas salubristas deben ser proporcionadas, eficientes y seguras (Segura, Román y Puyol, 2018, p. 67): el conocimiento científico disponible, con su ineluctable incerteza sustancial, proporciona la mejor base para decidir entre alternativas. La política debería *escuchar* con atención las voces plurales de los expertos. El tenue hilo que enlaza estos tres órdenes (moral, derecho y ciencia) es la virtud de la prudencia. Sin ella, estamos perdidos. Con ella, en cambio, no es imposible que de vez en cuando nos podamos *salvar*, en el sentido de curarse en salud *cívicamente*.

## Bibliografía

- Berlin I. Two Concepts of Liberty. En: Carter I, Kramer MH, Steiner H, editores. *Freedom. A Philosophical Antology*. Oxford: Blackwell; 2007. pp. 39-58.
- Camps V, editora. *Democracia sin ciudadanos. La construcción de la ciudadanía en las democracias liberales*. Madrid: Trotta; 2010.

- Domènech A. *El eclipse de la fraternidad. Una revisión republicana de la tradición socialista*. Madrid: Akal; 2019.
- Engelhardt HT. *Salud, medicina y libertad: una evaluación crítica*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 1999; 1: 11-28.
- Farrés O. *El mundo online desde la perspectiva del pensamiento filosófico*. Inédito; 2021.
- Harrington J. *The Commonwealth of Oceana*. En: Pocock JGA, editor. *The Political Works of James Harrington*. Cambridge: Cambridge University Press; 1977.
- Holmes S, Sunstein C. *The Cost of Rights. Why Liberty Depends on Taxes*. Nueva York: Norton; 2000.
- Leipold B, Nabulsi K, White S. *Radical Republicanism. Recovering the Tradition's Popular Heritage*. Oxford: Oxford University Press; 2020.
- Maynor J. *Modern republican democratic contestation: a model of deliberative democracy*. En: Honohan I, Jennings J, editores. *Republicanism in Theory and Practice*. Nueva York: Routledge; 2006. pp. 125-139.
- Montero F, Morlans M. *Para deliberar en los comités de ética*. Barcelona: Fundació Doctor Robert; 2009.
- Pettit Ph. *Liberalismo y republicanism*. En: Ovejero F, Martí JL, Gargarella R, compiladores. *Nuevas ideas republicanas: autogobierno y libertad*. Barcelona: Paidós; 2004.
- Puyol A. *La idea de solidaridad en la ética de la salud pública*. *Rev. Bio y Der.* 2017; 40: 33-47.
- Rius M. *La fe en la libertad*. En: Gamper D, editor. *La fe en la ciudad secular: laicidad y democracia*. Madrid: Trotta; 2014.
- Segura A. *Por, incertesa i culpa davant la COVID-19*. Inédito; 2021.
- Segura A, Román B, Puyol A. *Hygea y la virtud o recordando a Protágoras: diálogo sobre ética de la salud comunitaria*. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018; 32(1): 66-68.

Skinner Q. *Visions of Politics: Renaissance Virtues (Volume 2)*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.

Sunstein C, Thaler R. Libertarian paternalism is not an oximoron. *U Chi L Rev.* 2003; 70: 1159-1162.

Weber M. *El político y el científico*. Madrid: Alianza Editorial; 1998.

## Notas

1. Raphael Rashid, «South Korea cuts human interaction in push to build *untact* society». *The Guardian*, 10 de diciembre de 2021.
2. «El paternalismo es el mayor despotismo imaginable. Esto es así porque implica tratar a las personas como si no fueran libres, sino material humano para mí, el reformador benevolente, para moldear de acuerdo con mi propio propósito libremente adoptado, no el de ellos. Esta es, por supuesto, la política que recomendaron los primeros utilitaristas.» (Traducción propia.)
3. El concepto de salud se ha ampliado tanto que a veces se confunde con el de felicidad: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS).
4. «*Salus populi suprema lex est*», *Ciencia contra la pandemia (elDiario.es)*, 15 de julio de 2021.
5. «Los republicanos modernos quieren que los ciudadanos se comprometan con el Estado y entre ellos mientras exploran sus diferencias a través de la deliberación y el debate en los foros abiertos e inclusivos de la república. Al hacer hincapié en la impugnación democrática a lo largo de los procesos de formulación de políticas como una forma de minimizar la dominación, una república moderna puede reaccionar a la naturaleza cambiante de la vida en el mundo moderno.» (Traducción propia.)
6. «Los republicanos entendieron que era la ubicación constante del poder y la autoridad de la soberanía popular en el pueblo mismo, no en el Estado

o sus instituciones nacionales, lo que permitía que estas mismas instituciones respiraran, tomaran vida y tuvieran fuerza. Cuando se aplica, el principio de soberanía popular asegura que las decisiones de cualquier organismo nacional se tomen por decisión de su pueblo, y con su participación y consentimiento.» (Traducción propia.)

7. «Liberty in this sense is principally concerned with the area of control, not with its source.» (Berlin, 2007, p. 43).
8. «En las torres de la ciudad de Lucca, a día de hoy está escrita en grandes caracteres la palabra LIBERTAS; sin embargo, ningún hombre puede inferir de ello que un hombre en particular tenga más libertad o inmunidad del servicio de la República allí que en Constantinopla. Tanto si el Estado es monárquico como si es popular, la libertad es la misma.» (Traducción propia.)
9. «Porque decir que un lucense no tiene más libertad o inmunidad respecto a [*from*] las leyes de Lucca que un turco tiene respecto a [*from*] aquellas de Constantinopla; y decir que un lucense no tiene más libertad o inmunidad por [*by*] las leyes de Lucca que un turco por [*by*] las de Constantinopla, son discursos bastante diferentes. El primero puede decirse de todos los gobiernos por igual; el segundo apenas de dos, y mucho menos de estos porque ya se sabe que, mientras que el mayor pachá es un inquilino, tanto de su cabeza como de su propiedad, a voluntad de su señor, el lucense más humilde que tiene tierras es un propietario libre de ambas, y no está sometido sino a la ley, y eso será válido para todo hombre privado con ningún otro fin (y se lo agradecerán ellos mismos) que proteger la libertad de todo hombre privado, que por ese medio llega a ser la libertad de la república.» (Traducción propia.)
10. En retórica forense (Quintiliano, por ejemplo), la «*causa admirabilis*» es un tipo de defensa caracterizado por su extrañeza y desconexión con la opinión común.
11. Se me dirá que los romanos en general no eran conscientes de haber inventado (o copiado) sus dioses. Aquí responderé que nosotros a menudo tampoco somos conscientes de haber inventado nuestros ideales de liber-

- tad y salud. Simplemente (el adverbio está en modo irónico), *creemos* en ellos.
12. Aristóteles hace una analogía muy reveladora entre la medicina y la política: «Pero el término “médico” significa a la vez el practicante ordinario, el que dirige un tratamiento y en tercer lugar el instruido en ese arte. (Tales categorías existen, por así decir, en todas las artes.) Y concedemos la facultad de juzgar no menos a los instruidos que a los expertos.» (Política, III, 1282a). El pueblo puede examinar la conducta de los magistrados del mismo modo que los instruidos (no expertos) pacientes pueden examinar la conducta de sus médicos; es decir, tienen derecho a juzgar. No deja de ser interesante la posibilidad de reconstruir racionalmente este paso en términos del principio (tanto bioético como neorrepblicano) actual de autonomía.
  13. En la época helenística, cerca de Sakkara (en el Egipto ptolemaico), concretamente en el Serapeum de Menfis, había once estatuas de filósofos y poetas en un hemicírculo de una exedra, estatuas que representaban la cúspide del saber griego. Está Platón, por supuesto, pero también está Protágoras. Este último, por lo tanto, en el siglo III a. de C. todavía no era considerado un mero sofista y, ni mucho menos, un personaje secundario de la historia de la filosofía (Les statues ptolemaïques du sarapeion de Memphis, de I. Ph. Lauer y Ch. Picard. Publications de l'Institut d'Art et d'Archeologie de l'Université de Paris, III. pp. 280, figs. 144, pls. 28. Presses Universitaires de France: París; 1955).
  14. La vulnerabilidad es parte de la condición humana y de todos los seres vivos, lo cual tiene consecuencias éticas nada despreciables. Ahora bien, el autor de esta ponencia es contrario a exagerar la vulnerabilidad y se opone a la cultura de la sobreprotección y la ultraseguridad. Para más información sobre el tema, Greg Lukianoff y Jonathan Haidt (2018). *The Coddling of the American Mind: How Good Intentions and Bad Ideas Are Setting Up a Generation for Failure*. Londres: Penguin Publishing Group.
  15. El paralelismo entre τέχνη (antigua) y tecnociencia (moderna) solo es retórico. No hace falta decir que no se puede identificar de ningún modo la «técnica» de los griegos (arte en el sentido de elaboración artesanal) con las posibilidades de la revolución tecnológica y sus «ciencias aplicadas».
  16. El sentido moral (αἰδώς) y el sentido de la justicia (δική) son las capacidades que Hermes, por orden del mismo Zeus, distribuye universalmente a todos los humanos en el mito de Protágoras. El sentido moral refiere a la concepción del bien (al pudor o respeto) y el sentido de la justicia a la equidad (o juego limpio). Desde Rawls, es como mínimo discutible suponer que en la *res publica* todos los ciudadanos deban compartir obligatoriamente la misma concepción del bien o doctrina omnicomprensiva.
  17. La ponencia está siendo revisada en plena sexta ola del coronavirus (diciembre de 2021), en el contexto de los contagios y decisiones preventivas a raíz de la presencia de la variante ómicron en la comunidad autónoma catalana.
  18. Ni siquiera eran propias del «paternalismo blando» (Sunstein y Thaler, 2003), que en otros contextos puede ser perfectamente adecuado.
  19. «La *salus* de la ciudad (= república) se halla en las leyes.» (Traducción propia.)

## Reflexiones desde la salud pública

Lucía Artazcoz

*Agència de Salut Pública de Barcelona*

Las políticas de salud pública deben considerar hasta qué punto las intervenciones para preservar la salud son socioculturalmente aceptables al restringir libertades individuales, sus efectos colaterales negativos y en qué medida afectan desproporcionadamente a determinados grupos de población.

Durante los dos primeros años de la pandemia de COVID-19 medidas de prevención como las órdenes de permanecer en casa, los cierres o restricciones obligatorias de algunos sectores de actividad, el uso obligatorio de las mascarillas o la presión para la vacunación, han suscitado la oposición de personas que consideran que restringen su libertad y sus derechos. Muchas de estas medidas han sido percibidas como desproporcionadas, contradictorias o incoherentes y, a menudo, improvisadas. Con la experiencia acumulada, conviene hacer una reflexión desde el punto de vista ético del proceso de toma de decisiones sobre salud pública en relación con la COVID-19 y de las lecciones aprendidas para mejorarlo en el futuro.

La ética en la salud pública busca garantizar que los profesionales y los responsables políticos de la salud pública expliquen lo que hacen y por qué. Durante la pandemia, las deliberaciones éticas a menudo no figuraron explícitamente en las decisiones de salud pública, lo que redujo la transparencia y la coherencia y provocó la pérdida de confianza de la población general. Las decisiones políticas sobre la epidemia de coronavirus se han justificado con frecuencia apelando a los datos epidemiológicos, sin tener en cuenta los efectos colaterales que la COVID-19 y las decisiones para prevenirla tenían en otros ámbitos, así como la existencia de desigualdades. Esto confunde dos entidades diferentes: los datos epidemiológicos y las decisiones políticas. Estas últimas deben contemplar muchos más aspectos al abordar un problema complejo como la COVID-19 (Angeli, Camporesi y Dal Fabbri, 2021; Maeckelberghe, 2021).

Las instituciones públicas que regulan, deciden y difunden las políticas de salud pública deben ser dignas de confianza, es decir, decidir y actuar de acuerdo con valores morales y democráticos compartidos que se hagan transparentes. La COVID-19 ha mostrado que, con frecuencia, las instituciones no han sido percibidas como dignas de confianza. En este artículo se analizan algunos aspectos a tener en cuenta en las decisiones tomadas con respecto a la COVID-19 desde el punto de vista de la ética en la salud pública: la transparencia, la consistencia, la equidad, la información y la evaluación. Además, se añade un apartado sobre el abordaje de la COVID-19 como un problema complejo y, finalmente, uno de conclusiones.

## La transparencia

A lo largo de la pandemia ha habido una notable falta de transparencia. Son ejemplos de ello el desconocimiento relativo al coste de la compra de equipos de protección individual en la primera ola en la que países como España, comunidades autónomas y centros hospitalarios, en lugar de colaborar, pagaban los productos como si se tratara de subastas, a unos costes muy superiores a su valor real (Morales-Contreras, Leporati y Fratocchi, 2021).

El nacionalismo vacunal que surgió en los meses previos a la aprobación de las vacunas COVID-19 es una muestra de injusticia distributiva. Parecía que «mi país primero» era el principio rector (Black, Ford y Lee, 2021).

El coste de las vacunas contratadas por la Unión Europea es otro ejemplo de falta de transparencia. A la pregunta: «¿Están los contratos [vacunas contra la COVID-19] con las empresas a disposición del público?», publicada en la web oficial de la Unión Europea, la respuesta es que: «los contratos están protegidos por motivos de confidencialidad, lo cual está justificado por el carácter altamente competitivo de este mercado mundial. Con ello se pretende proteger las negociaciones sensibles y la información comercial, así como la información económica y los planes de desarrollo y producción. La divulgación de información comercial sensible también socavaría el proceso de licitación y podría tener consecuencias de gran alcance en la capacidad de la Comisión para llevar a cabo las tareas que se le atribuyen en los instrumentos

## ¿Las decisiones para la prevención de la COVID-19 estaban por encima de todo?

jurídicos que constituyen la base de las negociaciones. Todas las empresas exigen que dicha información comercial sensible siga siendo confidencial entre las partes que firman el contrato. Por lo tanto, la Comisión debe respetar los contratos que firma con las empresas» (Comisión Europea, 2021). No parece que esta respuesta dé confianza a la población europea que paga con sus impuestos estos contratos.

### La consistencia

Tanto en el ámbito internacional como en nuestro entorno, las inconsistencias en las decisiones relacionadas con la COVID-19 han sido una constante. Las resoluciones contradictorias entre comunidades autónomas han contribuido notablemente a la falta de confianza de la población.

La convivencia durante algún tiempo entre la exigencia del pasaporte COVID-19 para consumir en el interior de los restaurantes, junto con la falta de requerimientos de distancia entre las mesas es una extraordinaria incoherencia cuando esta decisión se toma en España en un contexto en el que casi el 90% de la población mayor de doce años está vacunada y la mayoría de las personas infectadas han recibido la pauta completa, mientras que en algunos continentes, en un mundo globalizado y con una extraordinaria movilidad, la cobertura vacunal es extremadamente baja (Sleat, Innes y Parker, 2021).

La publicación de protocolos de actuación con propuestas contradictorias y las actualizaciones en plazos muy cortos, a veces en dos o tres días, con nuevas directrices discordantes con las anteriores o con las de protocolos relacionados, es otra de las grandes incoherencias que se han producido a lo largo de la pandemia.

### La equidad

Numerosos estudios han documentado desigualdades sociales en la COVID-19 que han tenido una mayor incidencia en los grupos más desfavorecidos y en las mujeres, aunque la gravedad y la letalidad ha sido superior en los hombres (Marí-Dell'olmo *et al.*, 2021). Sin embargo, los procesos de

toma de decisiones no han tenido prácticamente en cuenta argumentos de equidad. De hecho, los sistemas de información, en general, no aportan datos sobre desigualdades de manera sistemática.

Desde un punto de vista ético, se debería garantizar una distribución justa de las cargas y los beneficios de las acciones de salud pública. Acciones como las órdenes de permanencia en el hogar y el cierre de empresas pueden amenazar este principio. Cuando las personas no pueden ir a trabajar y ganar un sueldo debido al cese de actividad empresarial, se obtiene un beneficio (la limitación de la posible propagación de la COVID-19) para la población general, pero solo las personas afectadas soportan la carga económica. Medidas como el Fondo COVID, la Línea COVID para autónomos y empresas o el Fondo extraordinario reflejan los esfuerzos realizados en España para mejorar estas cargas económicas, pero la pandemia y sus impactos económicos siguen afectando desproporcionadamente a los colectivos más desfavorecidos.

Se han documentado también desigualdades en la vacunación, no solo entre países en función de su renta, sino también dentro de un mismo país con tasas más bajas en las minorías étnicas, inmigradas, las personas que viven en zonas de mayor privación y las que sufren enfermedades mentales graves o dificultades de aprendizaje, cosa que es preocupante, pero no sorprendente, ya que, desde hace años, numerosos estudios han demostrado que las intervenciones universales pueden aumentar las desigualdades debido al diferente acceso o aceptación entre grupos (Black, Ford y Lee, 2021).

### La información

La información insuficiente o incorrecta sobre la COVID-19 también ha contribuido a minar la confianza de la población en los profesionales y los responsables políticos de la salud pública.

La COVID-19 ha mostrado las graves limitaciones en los sistemas de información de las enfermedades transmisibles, con datos insuficientes para la acción intersectorial y el abordaje de los determinantes y las desigualdades sociales, y extremadamente lentos. Tras dos años de pandemia, el Ministerio de Sanidad continúa publicando los datos en formato PDF, sin tener en cuenta de manera

sistemática la desagregación por los diversos ejes de desigualdad pese a la petición por parte de la comunidad científica a las autoridades sanitarias para que publiquen actualizaciones diarias y abiertas de datos sobre pruebas, casos, hospitalizaciones, ingresos en unidades de cuidados intensivos, recuperaciones y muertes, incluyendo las correcciones de series retrospectivas en curso. Además, cada una de estas variables debería desglosarse por edad, sexo y situación geográfica para vigilar mejor el impacto demográfico de la pandemia e informar mejor sobre una respuesta de salud pública (Trias-Llimós *et al.*, 2020).

Los sistemas de información sobre coberturas vacunales deberían también publicar los datos desagregados, no solo por edad, sexo y grupo de prioridad, sino también según otros ejes de desigualdad como el territorio, el nivel socioeconómico o el país de origen, así como los motivos del rechazo de la vacuna. Disponer de estos datos es fundamental para poder identificar y abordar las desigualdades en las coberturas.

La comunicación ha sido otro punto débil. Los medios de comunicación en España, en general, han buscado sobre todo la opinión de profesionales de hospitales o de la investigación biomédica, sin una perspectiva global de la salud pública. Un estudio que examinó el perfil de los profesionales sanitarios con más proyección mediática en temas relacionados con la pandemia en cuatro países (Estados Unidos, Dinamarca, Grecia y Suiza) concluía que no existía una correlación entre las publicaciones que tenían sobre la COVID-19 y su presencia en los medios. Además, este patrón era más acentuado para las mujeres (Ioannidis, Tezel y Jagsi, 2021).

## La evaluación

Tras dos años de pandemia, es razonable analizar lo que ha sucedido, lo que ha funcionado, lo que se debería mejorar en el futuro y los errores que no deberían repetirse. En 2020 un grupo de reconocidos profesionales de la salud pública en España solicitó una evaluación que incluyese las funciones de la salud pública, el liderazgo y la gobernanza, la financiación, el personal sanitario y social, los sistemas de información sanitaria, la prestación de servicios, el acceso al diagnóstico y al tratamiento, el papel de la investigación

científica y la experiencia y los valores de las personas, las comunidades y los grupos vulnerables. Además, señalaba que no se concebía esta evaluación como un instrumento para repartir culpas –en un contexto de una pandemia por un virus desconocido, de una magnitud extraordinaria y lleno de incertidumbres, es lógico tomar decisiones que pasado un tiempo se han mostrado inadecuadas– sino como una manera de mejorar (García-Basteiro, Álvarez-Dardet *et al.*, 2020; García-Basteiro, Legido-Quigley *et al.*, 2020).

La evaluación de cualquier intervención de salud pública debe contemplar no solo los objetivos para los que se ha planteado, sino también los posibles efectos colaterales, así como la equidad, es decir, la distribución desigual de los efectos. Entre estos efectos colaterales vale la pena resaltar el coste de oportunidad, o sea, el valor perdido de su uso alternativo (Lorenc y Oliver, 2014). Durante la COVID-19 se han tomado decisiones que han tenido un altísimo coste económico, a veces guiadas más por la necesidad de demostrar que se hace algo que por la consideración de la necesidad y de la efectividad de las intervenciones.

En la sexta ola, la que hasta ahora ha tenido una mayor incidencia, aunque con casos más leves, son muchas las voces que desde la salud pública y la atención primaria reclaman «dejar de hacer para poder hacer»: dejar de visitar y testar a personas sanas con síntomas menores, dejar de rastrear y testar a sus contactos, abandonar los aislamientos y las cuarentenas. Todas estas actividades, que tuvieron sentido en el pasado –señalan–, se han visto superadas con la inmunidad adquirida (tanto por infección como por vacunación) y la infección con la variante ómicron que cursa habitualmente de manera asintomática o con síntomas leves (Comité de redacción de AMF, 2022).

En enero de 2022, cuando escribo este artículo, aún no se ha publicado una evaluación, que debería realizarse no solo a nivel nacional, sino también autonómico y, en algunos casos, local.

## La COVID-19, un problema complejo

Desde un punto de vista ético, las políticas de salud pública buscan maximizar el bien común, preservando los derechos individuales y contemplando

una perspectiva de equidad. En la primera ola hubo un gran consenso sobre la necesidad de un confinamiento muy estricto con el fin de reducir la transmisión, la morbilidad y la mortalidad a corto plazo y evitar el colapso del sistema sanitario en un contexto de incertidumbre y de desconocimiento. Se buscaba un bien común, la prevención de la COVID-19, y se limitaron de manera significativa las libertades individuales.

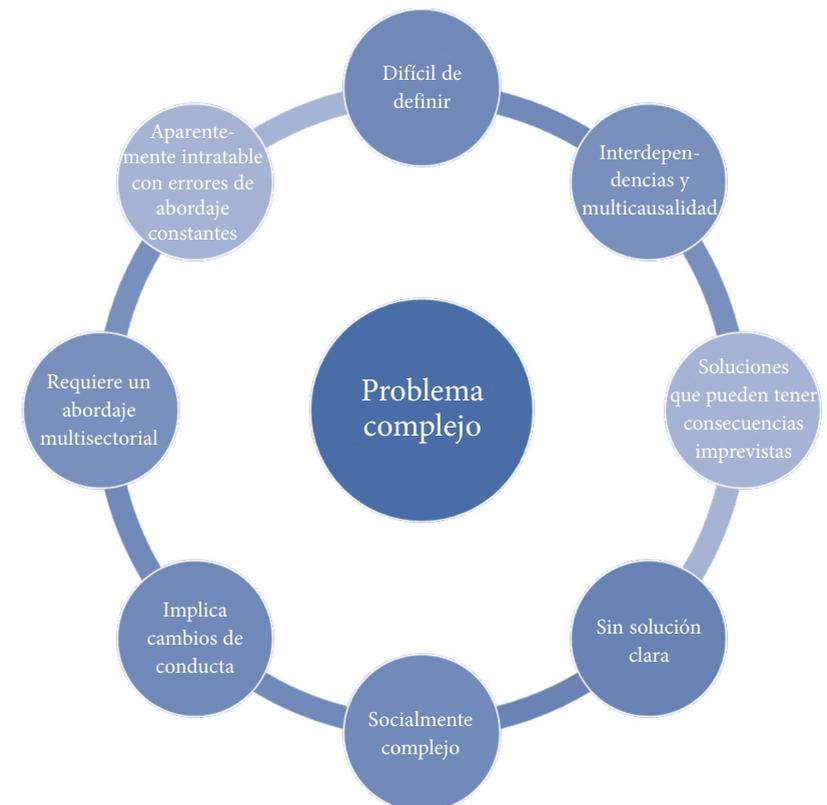
Tras la primera ola, se hace evidente que la respuesta no puede ser estrictamente biomédica, centrada en la prevención de la infección, sino que la COVID-19 es un problema complejo que, como tal, requiere un abordaje multisectorial (Angeli, Camporesi y Dal Fabbr, 2021).

Cuando se trata una situación muy compleja –un problema perverso– como la pandemia de la COVID-19, es importante entender cómo se formulan y entienden los valores y, por tanto, los objetivos de la sociedad (Angeli, Camporesi y Dal Fabbr, 2021). El discurso de los problemas complejos o perversos surge en la década de 1970 a partir de una crítica a los enfoques racionales, técnicos o de ingeniería a las complejas cuestiones de planificación social y políticas públicas, por motivos como la imposibilidad de formulación de objetivos claros, coordinación e información sobre el rendimiento, o la falta de atención a las experiencias vividas y las perspectivas de las numerosas partes interesadas y los proveedores de servicios (Alford y Head, 2017). Este concepto se aplica a muchos problemas de salud pública, como la COVID-19, y a los enfoques reduccionistas propios de la biomedicina. Un ejemplo de perspectiva estrictamente biomédica es el manifiesto enviado por 55 sociedades científicas del ámbito de la sanidad al presidente del Gobierno y a los presidentes de las comunidades autónomas titulado «En la salud, ustedes mandan, pero no saben» (2020), como si el único saber necesario para abordar la COVID-19 fuese el biomédico. Reduccionismo y arrogancia. Se suele invocar como un valor para la toma de decisiones la evidencia científica, pero evidencia científica ¿de qué? ¿solo de la enfermedad infecciosa? ¿o también de los múltiples ámbitos afectados por la COVID-19, por las medidas de prevención y por las competencias de actuación?

Los problemas complejos se caracterizan por ser difíciles de definir, por múltiples interdependencias e interacciones, por medidas que pueden generar

problemas inesperados, sin soluciones claras, pues, al ser socialmente complejos, pueden requerir cambios de conducta. Problemas que, en definitiva, exigen abordajes multisectoriales y son aparentemente intratables con constantes errores en los abordajes adoptados (véase la siguiente figura).

Figura. Características de los problemas complejos



Fuente: Adaptado de Tame Problems and wicked problems (2013). Community Of Practice in Philosophy for Management Insights from Philosophy for Management. Disponible en: <https://copip.wordpress.com/2013/04/13/tame-problems-and-wicked-problems/>.

En un problema complejo, el bien común no debería formularse únicamente a corto plazo, como la reducción de la incidencia y el número de muertes relacionadas con la pandemia en un momento determinado, sino que debería tener en cuenta el medio y largo plazo y los efectos colaterales de las medidas centradas en la prevención de la COVID-19. Con una mirada a medio y largo plazo, en la pandemia se pueden identificar, al menos, tres ejes de interés: asistencia sanitaria, salud mental y socioeconómico (Angeli, Camporesi y Dal Fabbr, 2021).

El impacto sanitario ha ido más allá de la COVID-19, ya que se ha reducido el acceso a los servicios sanitarios porque los profesionales debían atender la avalancha de pacientes infectados y algunas personas tenían miedo de desplazarse a los centros de salud, pero también porque una parte sustancial de la asistencia sanitaria ha pasado a realizarse telemáticamente, lo que disminuye el acceso a los colectivos más desfavorecidos (Davies, Honeyman y Gann, 2021). La COVID-19 ha evidenciado la falta de recursos sanitarios, sobre todo de personal de atención primaria y de salud pública, tras años de recortes y de un modelo «hospitalocéntrico». Además, la COVID-19 ha supuesto un enorme gasto sanitario en nuevos dispositivos hospitalarios, hoteles salud o pabellones deportivos reconvertidos para atender la demanda relacionada con la pandemia, contrataciones temporales de una gran cantidad de profesionales sanitarios o cribados masivos, a menudo poco eficientes y no justificados por la evidencia científica sino por la necesidad de demostrar que se hace algo. Es necesario evaluar la adecuación, la efectividad y la eficiencia de los recursos a fin de afrontar con éxito en el futuro situaciones similares.

La pandemia ha causado un gran aumento de los problemas de salud mental, lo cual se explica tanto por los efectos directos de la infección como por otros indirectos relacionados con la pérdida de personas queridas y la aplicación generalizada de estrictas medidas de control de la infección que se han traducido en aislamiento, restricciones para el acompañamiento en la muerte de personas estimadas o para las visitas a residencias, miedo y problemas económicos, entre otros efectos (Philip Rajkumar, 2021). Aunque ciertamente los recursos para la atención a la salud mental son insuficientes, su incremento no basta para reducir y prevenir unos problemas de salud mental que, en general, tienen causas sociales.

La pandemia ha supuesto también un duro impacto para la economía global, particularmente en España, donde el sistema productivo es demasiado dependiente de sectores vulnerables a la pandemia como el turismo, la construcción, la industria de la alimentación y la restauración (Pinilla *et al.*, 2021). El impacto sobre la salud y el bienestar de las personas habría sido aún mayor de no impulsarse de manera decidida medidas como los expedientes de regulación temporal de empleo, que han servido como instrumento para mantener la ocupación y las rentas de las familias y, por ende, el consumo y la demanda interna (Ruesga y Viñas, 2021).

## Conclusiones

La pandemia de la COVID-19 es un problema complejo para el que las decisiones de salud pública deben tener en cuenta los diversos impactos –directos e indirectos– a corto, medio y largo plazo. Es necesario equilibrar el bien común, que es la salud pública, no solo la prevención de la infección, con la restricción de las libertades personales y la equidad.

Las decisiones de salud pública se han justificado a menudo con los datos epidemiológicos referidos exclusivamente a la COVID-19, pero los datos pueden conducir a diferentes decisiones informadas por el peso otorgado a los diversos efectos y valores, debiéndose tener en cuenta las características socioeconómicas y culturales de los territorios, así como los cambios a lo largo del tiempo.

## Bibliografía

- Alford J, Head B. Wicked and less wicked problems: A typology and a contingency framework. *Policy and Society*. 2017; 36(3): 397-413. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14494035.2017.1361634>.
- Angeli F, Camporesi S, Dal Fabbr G. The COVID-19 wicked problem in public health ethics: conflicting evidence, or incommensurable values? *Humanities and Social Sciences Communications*. 2021; 8(1): 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00839-1>.

- Black M, Ford J, Lee A. Vaccination against COVID-19 and inequalities: Avoiding making a bad situation worse (editorial). *Public Health in Practice*. 2021; vol. 2. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100101>.
- Comisión Europea. Preguntas y respuestas sobre la vacunación contra la COVID-19 en la UE; 2021. Disponible en: [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/questions-and-answers-covid-19-vaccination-eu\\_es](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/questions-and-answers-covid-19-vaccination-eu_es).
- Comité de redacción de AMF. Hacia el fin de la excepcionalidad (editorial). Actualización en Medicina de Familia. 2022. Disponible en: <https://www.semfyec.es/hacia-el-fin-de-la-excepcionalidad-ofrece-en-un-editorial-de-amf-cinco-ideas-revolucionarias-para-gestionar-la-crisis-sanitaria-a-partir-de-ahora/>.
- Davies AR, Honeyman M, Gann B. Addressing the digital inverse care law in the time of COVID-19: Potential for digital technology to exacerbate or mitigate health inequalities. *Journal of Medical Internet Research*. 2021; 23(4). Disponible en: <https://doi.org/10.2196/21726>.
- En la salud, ustedes mandan, pero no saben. (2020). Disponible en: <https://www.semfyec.es/en-salud-ustedes-mandan-pero-no-saben/>.
- García-Basteiro A, Alvarez-Dardet C, Arenas A, Bengoa R, Borrell C, Del Val M, Franco M, et al. The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain. *The Lancet*. 2020; 396(10250): 529-530. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31713-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31713-X).
- García-Basteiro A, Legido-Quigley H, Álvarez-Dardet C, Arenas A, Bengo R, Borrell C, et al. Evaluation of the COVID-19 response in Spain: principles and requirements. *The Lancet Public Health*. 2020; 5(11): e575. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30208-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30208-5).
- Ioannidis JP, Tezel A, Jagsi R. Overall and COVID-19-specific citation impact of highly visible COVID-19 media experts: Bibliometric analysis. *BMJ Open*. 2021; 11(10): 1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052856>.
- Lorenc T, Oliver K. Adverse effects of public health interventions: A conceptual framework. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014; 68(3): 288-290. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203118>.
- Maeckelberghe E. Covid-19: Opportunities for public health ethics? *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. 2021; 51: S47-S52. Disponible en: <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2021.241>.
- Marí-Dell'olmo M, Gotsen M, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, Artazcoz L, de Olalla PG, Rius C, et al. Socioeconomic inequalities in COVID-19 in a European urban area: Two waves, two patterns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(3): 1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18031256>.
- Morales-Contreras MF, Leporati M, Fratocchi L. The impact of COVID-19 on supply decision-makers: the case of personal protective equipment in Spanish hospitals. *BMC Health Services Research*. 2021; 21(1): 1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07202-9>.
- Philip Rajkumar R. Sleep, physical activity and mental health during the COVID-19 pandemic: complexities and opportunities for intervention (editorial). *Sleep Medicine*. 2021; 77: 307-308. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.10.004>.
- Pinilla J, Barber P, Vallejo-Torres L, Rodríguez-Mireles S, López-Valcárcel BG, Serra-Maje L. The Economic Impact of the SARS-COV-2 (COVID-19) Pandemic in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18: 4708. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.retrec.2021.101090>.
- Ruesga SM, Viñas AI. Desempleo y ERTes: un dilema para España ante la pandemia de COVID-19. *Economía UNAM*. 2021; 18(52): 87-106. Disponible en: <http://revistaeconomia.unam.mx/index.php/ecu/article/view/600/618>.
- Sleat D, Innes K, Parker I. Are vaccine passports and covid passes a valid alternative to lockdown? *The BMJ*. 2021; 375: 10-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2571>.
- Trias-Llimós S, Alustiza A, Prats C, Tobias A, Riffe T. The need for detailed COVID-19 data in Spain. *The Lancet Public Health*. 2020; 5(11): e576. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30234-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30234-6).

**La ética de las medidas de  
salud pública adoptadas  
en las residencias de  
ancianos. Lecciones para  
el futuro**

## Begoña Román Maestre

*Facultad de Filosofía, Universitat de Barcelona*

### 1. ¿Qué medidas de salud pública se tomaron en las residencias de ancianos? ¿Desde qué ética?

Durante la primera ola de la pandemia a las residencias de ancianos se les impidió derivar a los residentes graves a los hospitales. La edad se convirtió en motivo de exclusión; a ella se añadía la enorme fragilidad en que se encuentran quienes viven en residencias, la mayoría muy mayores y en condiciones de alta dependencia y comorbilidad.

El aislamiento fue otra inevitable medida que tuvieron que adoptar, y no todas las residencias disponían de los espacios adecuados. El aislamiento interrumpió las rutinas cotidianas, la convivencia con los otros residentes y las visitas de amigos y familiares. La angustia de estos últimos por no poder ver a los suyos obligó a los profesionales a asumir tareas de comunicación o información. Sin desconsiderar que, a veces, la presencia de familiares comporta una cierta descarga a los profesionales por estar el residente acompañado.

Las gerencias y direcciones de las residencias, en un primer momento de gran desconcierto, se encontraron buscando desesperadamente EPIS (Equipos de Protección Individual) y cubriendo las bajas del personal (que se contagió mucho). En algunas residencias llegaron incluso a confinarse los trabajadores (con repercusiones familiares muy variadas). Según qué capacidades profesionales, qué gerencias o direcciones, las medidas fueron unas u otras. Fue un *sálvese quien pueda*.

Como la vida de muchos era trascendental, todo lo que se hiciera para salvarlas parecía proporcionado. La «sanitarización» de las residencias, con la consiguiente imposición de la salud y la salud pública como el principal de los valores a proteger, fue otra de las medidas adoptadas. Cuando el Departament de Salut de la Generalitat pasó a hacerse cargo de las residencias, las instruc-

ciones fueron homogéneas. Pero las residencias geriátricas pretenden ser hogares, lugares de vida, no hospitales.

Y con la entrada de lo sanitario en el ámbito social, se volvió a rebajar la percepción relativa a la calidad de la atención social. Se ofrecía de nuevo la imagen de que los servicios sociales en general, encargados de trabajar con la vulnerabilidad en sus múltiples formas, están poco profesionalizados, poco organizados, etc. Quienes conocen las situaciones de las residencias de ancianos en Cataluña y en España, saben que el tema no es nuevo. Se trata de un problema estructural, funcional, financiero y de modelo que viene de lejos: llovía sobre mojado.

Ante la urgencia y la emergencia, las medidas que se tomaron fueron las que mejor se conciliaban con la ética propia de la salud pública, a saber, la utilitarista. En efecto, el sujeto de la salud pública es la población, no el individuo. No se trata de un rudo «sálvese quien pueda», pero sí de que se salve el mayor número de personas. Para la ética de la salud pública, en línea con el utilitarismo, el primer criterio a tener en cuenta es la máxima calidad de vida para el máximo número de personas; o haciendo la lectura desde el balance negativo, que se muera el menor número de gente posible. En tiempos de pandemia, en momentos de recursos escasos y amenaza de colapso sanitario, la eficacia y la eficiencia exigen distribuir los recursos hacia la doble maximización: la del bien a distribuir y la del número de personas que lo disfrute. Se les dará el recurso a quien mejor y más lo aproveche; y si no hay para todos, hay que discriminar.

En esta pandemia se vivió todo esto. El tiempo apremiaba; los recursos materiales (de EPIS, de camas, etc.) escaseaban; los recursos humanos enfermaban, hasta faltaban los recursos cognitivos y las evidencias, pues en la primera ola no había conocimiento sobre cómo tratar la enfermedad. Por eso, ante tal panorama y desde la ética de la salud pública, la edad fue un motivo de exclusión: había que dar el recurso a quien más lo pudiera disfrutar o rentabilizar. Y aunque es razonable, y así debe ser tenida en cuenta en una ética para tiempos pandémicos, la edad no puede ser el único criterio.

La prioridad de la población y del bien común hace inevitable la limitación de algunos derechos y libertades individuales. Se prohibió la circulación, se

prohibieron las visitas. A quienes la razón y la salud nos permiten entender la situación, lo asumimos razonablemente. A quienes la expectativa de vida nos da esperanzas de que podemos estar unos días más entre los nuestros, la espera se nos hace llevadera. Si además vivimos en un entorno más o menos acogedor y con buena conexión con los convivientes y con conectividad por Internet, pasa mejor y rápido. Pero cuando la vida está en sus últimos meses o semanas y días, lo que pasa cada hora es importante y la espera puede ser más desesperante.

Un año de una persona adulta no es lo mismo que un año de la infancia, que solo dura diez años, o un año de alguien cuya conciencia le llega para saber que se acerca el final y ni siquiera va a poder despedirse. Si además la conexión con otras personas pasa por no ver a quienes les hacen las curas o les dan los alimentos porque van parapetados para no contagiarse, y todos están superados por el miedo a no contagiar ni a infectarse, el entorno no es acogedor. Hay que reconocer el trabajo que hicieron muchos profesionales para contener la desesperanza y el desasosiego, pues se sabía que se privaba de mucho más a los residentes que a nadie. Por ellos se esforzaron en mejorar la conectividad como se pudo. Se recurrió a tabletas, móviles, etc., para que las personas residentes al menos pudieran ver y oír a los suyos de lejos, a través de pantallas. Pero la sensación de expropiación era inevitable. Se les expropió la casa, se les empobreció mucho más la vida que a otros por razón de la inmensa vulnerabilidad que supuso en esos meses estar en una residencia.

Otro de los criterios de salud pública es, para no incurrir en maleficencia, la seguridad de las medidas escogidas. La seguridad debe ir acompañada de la proporcionalidad. Y es aquí donde surgen muchos problemas: uno de ellos, la equidad con respecto a cómo se distribuyeron los riesgos. Se cargó en exceso a un colectivo en el que cabía gestionar esos riesgos más delicadamente, mejor. Los daños fueron inmensos, no se distribuyeron bien, y se aumentó el mal de quienes están peor (Rawls, 2014). La fraternidad con las personas mayores llegó más tarde, cuando clamaba al cielo cómo se encontraban, cuántas y cómo morían.

## **2. ¿Qué problemas se generaron?**

Al aplicar los mismos criterios a casi toda la población, independientemente de la circunstancia, los problemas que se acarrearon fueron más graves para quienes viven en las residencias de ancianos, donde la mayoría pasa sus últimos años de vida. Pero también hubo problemas para los familiares, el personal y los gestores, que se vieron superados. Los profesionales, en un sector tradicionalmente precario y con alta rotación de personal, quedaron muy trastocados, además de ser vapuleados en los medios de comunicación como los malos de la película. El sector quedó muy dañado y, una vez más, el ámbito social en general se encontró expuesto a mostrar la cara oscura: descoordinación respecto de los otros ámbitos (sobre todo con salud); pero también entre ellos mismos, con los ayuntamientos, con el tercer sector, con la comunidad.

El edadismo se hizo patente y de forma contradictoria. La discriminación por edad, así como la estereotipación, impuso una misma política para todos. La complejidad que hay en las residencias, por variedad de perfiles y necesidades, así como por la rapidez en los cambios en los estados de salud y grados de dependencia, hace inadecuadas las homogéneas directrices para todos. Si en la primera discriminación por edad se les impidió el traslado a hospitales o el acceso a las UCI, y se les alargó el aislamiento, su condición de gran fragilidad (precisamente porque son los que más tienen que perder, la vida misma) fue el motivo de que se les priorizara en el acceso a las vacunas. Sin duda, la edad es un criterio muy objetivo; pero no puede ser el único a la hora de discriminar el acceso a recursos.

Con la «sanitarización» de las residencias se vivió una regresión a la «institución total» (Goffman, 1961). En nombre de la seguridad, la autoprotección y la salud como valores prioritarios, se impuso un ritmo y una disciplina. Y mientras las medidas en otros ámbitos se relajaban, en las residencias de ancianos se alargaron mucho más, agravando la calidad de vida de los residentes. Si en algunas residencias se optaba por el modelo de atención centrado en la persona, se regresó al modelo centrado en la organización y la seguridad. La violencia estructural se agudizó en las personas mayores muy dependientes que en ellas viven y que no siempre decidieron estar allí, pero, aun así, dada la precariedad en los cuidados que arrastra nuestro país desde

hace años, era el mejor recurso. Estas son algunas de las contradicciones inevitables cuando se aplica, unas veces, una ética utilitarista y otras, una ética del cuidado que se centra en la vulnerabilidad.

Entre los residentes acampó el deterioro cognitivo, la depresión, la soledad impuesta, la tristeza. El miedo, la falta de estímulos físicos y sociales, la ruptura de la cotidianidad, les afectó mucho más que al resto de la población. Entre los familiares aumentó el malestar por la incomunicación o el estar pendientes de las llamadas telefónicas. Al impedirse las visitas se perdía para muchos una comunicación que solo podía darse con la presencia (como en los casos de demencia senil o Alzheimer): sin esos encuentros se perdía un vínculo basado por necesidad en el tacto y el contacto físico.

Muchas de las medidas tomadas generaron otros daños irreparables y más lamentables. A las personas residentes les afectó trágicamente. La muerte estuvo presente doblemente: por un lado, un 25% de las personas que se infectaron murieron, y muchas en unas condiciones de aislamiento, sin despedida, sin compañía, lo que significa una mala muerte por soledad impuesta. Por otro lado, al restringirse tanto el número de personas en los velatorios y funerales, la presencia de la muerte se vivía peor con la ausencia de esos ritos que, en tanto que procesos sociales, son terapéuticos para los que se quedan. Ello conllevó duelos patológicos para sus familiares y un malestar entre los profesionales (Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya, 2021).

Las bajas de los profesionales obligaron a cubrir puestos como fuera. Pero el final de vida fue el colmo. De resultas, enseguida se corrigió la posibilidad de acompañar en el morir, porque la «sacralidad» del momento, la importancia de la despedida, chocaba con la crueldad que hasta los propios profesionales constataban al incumplir con la humanización que meses antes promovían. Seguro que esa contradicción les hizo corregir y gestionar mejor el riesgo.

La atención social en general y las residencias en particular, aunque muchas reciben subvenciones públicas, están en manos privadas, cada una de ellas con sus circunstancias económicas y arquitectónicas particulares. Algunas con personal clínico cualificado, otras, no. Algunas con mejor coordinación con la atención primaria que otras. La arbitrariedad según territorios, grupos

empresariales e ideologías o idearios de centro se reflejó en la manera de organizar y proceder. Hay residencias más o menos dotadas de espacios y personal; más o menos coordinadas con salud; más o menos espabiladas a la hora de hacerse con el material, y más o menos cohesionadas con la comunidad, o con las Administraciones para, ágilmente, responder. Igualmente es muy distinta la capacitación que reciben y se exige a los profesionales. Lo que todas tienen en común es la precarización de las gerocultoras, que se constata en la alta rotación de personal.

Los profesionales sufrieron un alto grado de contagios y agotamiento: no compensaba. Los que pudieron, cambiaron de sector. Ni los salarios y convenios colectivos; ni la inmensa responsabilidad; ni la escasa capacitación; ni los horarios, ni el reconocimiento social, etc., hacen de estas labores de cuidados un reclamo laboral, aunque sí un nicho de mercado para las empresas que invierten. Todo ello aumentó la estigmatización de las residencias, de sus profesionales y de lo social.

Los residentes, sus profesionales y familiares se han visto desbordados por la realidad; por las normativas. De ser servicios sociales pasaron a ser centros sanitarios; de ser centros abiertos a estar cerrados y bajo control y sospecha continua; de ser lugares de vida a convertirse en casi hospitales... Está claro que son personas mayores, que ingresan con la salud más deteriorada y con altos grados de dependencia; como también es cierto que el sector, muy variado, sufre la precariedad de sus trabajadores y la arbitrariedad en la gestión según territorios, equipos directivos, o la relación con la atención asistencial de primaria. Es hora de ponerse de verdad con los cambios.

La tríada personas atendidas, cuidadores y familiares es compleja de manejar. Es importante que la persona y sus familias participen en el nivel de riesgo que estén dispuestos a asumir. Y como la ética va de los escollos que estamos dispuestos a correr, en las residencias hizo falta cierta modulación de las medidas, desagregarlas para que la institución, sin ser temeraria ni cobarde (extremos de exceso y defecto), pudiera encontrar términos medios (de acciones, pasiones e intensidades) relativos a cada caso en ese momento, para poder vivir con calidad, a pesar de los pesares de la pandemia. Si hay que convivir con la COVID-19, si hemos de continuar viviendo en residencias y

llevando a nuestros mayores a ellas, el principio de cuidado y de justicia es prioritario.

No sabemos cómo envejeceremos, pero, si envejecemos, la mayoría quiere una flexibilidad de los servicios para poder vivir a su manera el mayor tiempo posible. Eso exige inversión económica y repensar el sector. Hay que empezar por los más vulnerables: la infancia y la adolescencia y los mayores, que lo son por distinto motivo. Unos tienen la vida por delante, pero a quienes ese periodo les haya funcionado mal (disfuncional), muchas veces les deja secuelas de por vida. En los casos que aquí nos ocupan se trata de final de vida. Aquellas personas mayores que ya no pueden permanecer en sus domicilios acompañadas de los suyos (por la complejidad de sus enfermedades, por las dinámicas sociales que ignoran la dependencia, por la incorporación de la mujer al mercado laboral, etc.), es de justicia que no sean abandonadas a la suerte de si pueden pagarse una residencia «mejor». Se necesita un mínimo decente.

### 3. Lecciones para el futuro

No vamos a entrar aquí a juzgar los negocios sobre la vejez, pero sí hay que cuestionar el delicado asunto de hacer rentable la vulnerabilidad. Como mínimo se exige un mejor rendimiento público de cuentas. Se sabe de la falta de coordinación y de directrices compartidas; de la falta de transparencia sobre lo que sucede dentro de las residencias. Lo que está claro es que el modelo de grandes residencias alejadas de los centros urbanos, con muchas camas y bonitas vistas a las que ninguna visita cotidiana accede, está obsoleto (FATEC, 2020). Por ley se piden cambios en estos modelos que son incompatibles en general con una vida de calidad. Se pide que se opte por servicios a domicilio o unidades de convivencia más reducidas, preservando el interés superior de las personas atendidas.

No creo que la cuestión se resuelva en que todo deba ser público o privado. Pero sí cabe explicitar los mínimos de calidad de vida decentes iguales para todos. Cierta coordinación en cómo trasladar, cómo atender, qué consentir y cuánto tiempo, qué descartar. La variedad no puede ser demasiado grande si

la vulnerabilidad es la misma: la alta dependencia física, el gran deterioro cognitivo, que es el perfil más frecuente que habita las residencias los últimos años.

Las residencias deben adaptarse cada día a las posibilidades de las personas compatibilizándolas con las medidas de protección (mascarilla, distancia social, test de antígenos, etc.). Y las personas mayores que son competentes quieren decidir, ellos y no otros por ellos, el nivel de riesgo al que se quieren exponer. En esto la anticipación de sus voluntades, bien con la Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA), bien con el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), son de mucha ayuda.

La muerte en soledad, o la soledad impuesta para no morir, se declinan en primera persona del singular. No puede volver a pasar en las residencias la carencia de equipos de protección, su conversión en hospitales, el aislamiento total en el final de vida, la anulación de toda relación social. Hay que buscar la manera de hacer que el vivir en ellas sea compatible con las medidas de seguridad. Por eso habrá que repensar las residencias y sus directrices, espacios y organización para aislar, unir y reunir cuando sea necesario. Algunos pudimos decidir con quién nos confinábamos y dónde. En el entorno residencial no se pudo decidir nada. Sabiendo esto, deberíamos pensar qué mínimos de cuidados no es decente dejar de recibir.

El cuidado también deber ser una medida de salud pública. Este exige, sin descuidar la ética utilitarista, atender las circunstancias, los casos particulares y modular las medidas. El caso de las residencias de mayores lo exige más todavía. Para la próxima vez, quienes más preventivamente deben trabajar son las residencias de ancianos. La pregunta por el número de muertos razonable en pandemia debe ir acompañada de cómo se distribuye. Los más vulnerables lo fueron no solo por edad; también lo fueron por capacidades económicas, entornos políticos y núcleos familiares.

En las relaciones el núcleo primordial es el cuidado: hay que poner imaginación para suplir el tacto y las visitas. Habrá que pensar residencias más flexibles, más dotadas para que la vida siga encontrando su camino. Cada vez somos más la gente que las necesitaremos. Quien quiera o tenga que ir a una residencia debe saber que allí será su casa y que esta será segura, pero que no

es ni un hospital ni una cárcel. Hay que insistir en que la gente mayor es mucha, muy diversa y que vive de diferente forma la vejez y la soledad. Por eso debemos continuar con la atención centrada en las personas, porque permite personalizar esquivando edadismo, infantilismo y homogeneización.

Cuando la vida se va acortando y queda poca, sí que va de días, semanas y meses; lo que más valoramos entonces es la buena compañía. Cuando los familiares no pueden estar allí, están los profesionales de las residencias. Para atenderles bien necesitan reconocimiento (económico y social). El aplauso es hoy para aquellos profesionales que han cargado con el miedo a contagiar y contagiarse y, sin embargo, se han resistido a convertir la vida en las residencias en una triste fortaleza. Ahora, cuando toca recibir a los nuevos mayores que entran en una residencia, hay que ganarse la confianza de que son entornos acogedores, razonablemente seguros, y que son lugar de vida buena, no solo saludable.

Tras ingresar en una residencia es probable que el nivel de dependencia de estas personas mayores vaya aumentando con los años, pero lo que es necesario asegurar es su calidad de vida hasta el final. No se trata de medicalizar la vida (sí hay que mejorar la presencia de la atención primaria en ellas), ni pretender un inalcanzable riesgo cero, sino de hacer posible que valga la pena vivir, y vivir bien, hasta el final.

Y en muchas residencias se han esforzado humana y técnicamente para que los residentes se comunicaran con las familias. Perseverantes en la atención centrada en las personas, muchos profesionales de este sector se han convertido en aprendices de peluqueros, de podólogos y de lo que fuera necesario para que las personas mayores pudieran continuar su vida como les gusta, para que fuera lugar de vida digna y gozosa. No era solo cuestión de esperar que pasase la pandemia.

Es fundamental en este aspecto la agencia para una atención integral social y sanitaria; y más importante aún, su desarrollo y financiación. El problema está no solo en que se coordinen los profesionales, sino en que nos quede más claro a todos los afectados quién hace qué, qué competencias asume quién, sin que nadie incurra en biopolítica, en el control de la vida de las personas.

Tampoco puede ser olvidada la comunidad como agente de salud y de calidad de vida, pues durante la pandemia emergieron eficaces redes de apoyo. De ahí que la salud comunitaria deba ser potenciada: los determinantes sociales de la salud intervienen más que los meramente sanitarios. La espontaneidad y la proximidad son también buenos aliados ante la indisponibilidad de la vida (Rosa, 2021).

Los gestos del cuidado no pueden ser sustituidos por las grandes gestas de aislar para no contagiar ni contagiarse. La modulación de las normas, la no homogeneidad, exige un tipo de organizaciones más flexibles, más adaptables, que requieren no un nuevo modelo de residencias, sino más bien varios, lo suficientemente proteicos para responder a las cambiantes necesidades personales y sociales que irán viniendo. Y todo ello sobre la base de una reglamentación jurídica ágil.

Más que de grandes residencias, hay que proveer de buenos servicios a domicilio, insertos en comunidades donde la dependencia tenga lugar sin que se vea y viva como un impedimento: ni la ciudad para ellos, ni ellos para la ciudad. Se precisan por tanto casas, barrios y ciudades para toda la vida, también para la vejez y el final de vida.

Como vemos, se trata de conjugar cierta centralización en los mínimos y la suficiente descentralización para que, desde el principio de subsidiariedad, lo haga quien más sabe y quien esté más cerca. En definitiva, un sistema más comunitario que residencial; más de servicios que de edificios; de más proximidad y menos burocracia y, sobre todo, dotado de mucha agilidad en el continuo de cuidados, porque la vejez y la alta dependencia pueden venir de repente y no se trata de negarlas en una primera y larga fase de duelo.

Va a haber incertidumbre, urgencias, vamos a tener que gestionar conflictos de valores ante los problemas graves y de verdad que al final lo importante es la calidad de la vida de las personas y en concreto de las más vulnerables, como son las que están en la fase última de sus vidas. Nada de eso se resuelve nunca del todo, y menos con rigideces y autosuficiencias personales o de partidos políticos. La estructura básica de la sociedad está en juego, y eso pasa por pensar la vida humana en su conjunto, también en tiempos pandémicos.

La lucha contra la brecha digital o el papel de la inteligencia artificial son otros aspectos y temas a mejorar; pero lo nuclear de la cuestión radica en la compañía. Los humanos somos de casa y de lazos también humanos, y estos son imposibles sin cimientos (fundamentos) y deberes (la responsabilidad de encargarse y cargar con la realidad). Hace falta dinero, coordinación, reestructuración, capacitación, mejora de convenios laborales, atención centrada en la persona, leyes. Sí a todo eso. Pero los recursos morales también dependen del tipo de instituciones que los promueven o los ahogan. La responsabilidad, la solidaridad, la justicia y el cuidado no son eficientes si no se institucionalizan. Cómo se institucionalicen en las residencias de mayores será un buen indicador del nivel moral de un país. Tenemos que ponernos manos a la obra, y si obras son amores, los verdaderos amores son siempre empresas complejas.

## Bibliografía

- FATEC. Per a un debat obert (i urgent) sobre el nou model de l'atenció de llarga durada i residencial a Catalunya. 2020. Disponible en: [https://fatec.cat/images/stories/documents/comunicats/NOU\\_MODEL\\_DE\\_LATENCI\\_DE\\_LLARGA\\_DURADA\\_I\\_RESIDENCIAL\\_SCGiG\\_FATEC\\_iSocial.pdf](https://fatec.cat/images/stories/documents/comunicats/NOU_MODEL_DE_LATENCI_DE_LLARGA_DURADA_I_RESIDENCIAL_SCGiG_FATEC_iSocial.pdf).
- Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Nueva York: Anchor Books; 1961.
- Rawls J. *Teoría de la justicia*. México: Fondo de Cultura Económica; 2014.
- Rosa H. *Lo indisponible*. Barcelona: Herder; 2021.
- Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. *L'impacte de la Covid-19 en els diferents àmbits d'actuació del tercer sector social de Catalunya*. Disponible en: <https://www.tercersector.cat/documents/limpacte-de-la-covid-19-en-els-diferents-ambits-dactuacio-del-tercer-sector-social-de>.

## José Augusto García Navarro

### *Presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología*

España es un país exitoso si miramos el envejecimiento de la población: se sitúa como el segundo o tercer país del mundo según las estadísticas con mayor esperanza de vida al nacer (solo por detrás de Japón y Suiza).

Esto hace que cada vez existan más personas mayores (más mujeres que hombres), la mayor parte de las cuales son personas activas y autónomas física y mentalmente. Pero también más personas mayores con acúmulo de múltiples enfermedades crónicas, entre ellas las enfermedades mentales. Y cada vez más personas que, además, presentan una situación de dependencia; es decir, necesitan de una tercera persona para poder desarrollar las actividades de la vida diaria básicas para la subsistencia.

En los últimos años, asimismo, hemos aprendido que existen dos grandes amenazas a un envejecimiento saludable: la soledad no deseada y la pobreza. Ambas incrementan considerablemente la sensación de malestar y una pobre calidad de vida, la utilización de los servicios sanitarios y la mortalidad.<sup>1,2</sup>

A ello se suma que el mundo occidental en el que vivimos, basado en unos valores de competitividad e individualismo, excluye a muchos colectivos vulnerables, entre los que se encuentran las mujeres, los pobres y también las personas mayores. La discriminación por edad (el *ageism* de los anglosajones) es una de las grandes políticas impulsadas por la ONU en esta década 2021-2030 consagrada a lograr un envejecimiento saludable. Las otras tres son la creación de entornos amigables con la vejez, la cobertura sanitaria universal con una atención primaria fuerte y la creación de un sistema adecuado de cuidados de larga duración.<sup>3</sup>

El drama sufrido por las personas mayores de nuestro país que vivían en residencias durante la epidemia del coronavirus (SARS-CoV-2) ha hecho tambalear nuestros servicios en dos de estos ejes de acción: hemos de revisar y reforzar nuestro sistema para evitar la discriminación por edad y efectuar una transformación profunda de nuestro modelo de cuidados de larga duración.

La dimensión de la tragedia vivida se puede resumir con dos cifras: de las 101.703 personas fallecidas por COVID-19 en nuestro país en fecha 18 de marzo de 2022, un 32,4% son personas que murieron en residencias de mayores (según las estadísticas oficiales, que excluyen los fallecidos en la primera ola sin un test diagnóstico positivo que, en ese momento, era casi inexistente; las cifras reales serían por tanto superiores); mientras que del total de personas que vivían en residencias de mayores en España al inicio de la epidemia, casi un 8% fallecieron antes de la llegada de la vacuna contra la COVID-19.<sup>4</sup>

Esta situación no ha sido exclusiva de España, sino que ha afectado a la mayoría de países occidentales, poniendo de manifiesto que el modelo de atención residencial es claramente mejorable y haciéndonos reflexionar sobre si la atención sanitaria prestada a las residencias en la época prepandémica es la adecuada o necesita reformas.

Además de las reflexiones obligatorias que tenemos que hacer sobre el modelo de atención a un grupo de población muy vulnerable de nuestra sociedad (las personas que viven en residencias de mayores tienen una alta carga de enfermedad crónica, una situación de dependencia elevada y necesidad de cuidados médicos y de respeto a sus derechos), también hay que reflexionar acerca de las dinámicas que en un entorno pandémico se tuvieron que adoptar por parte de los profesionales sanitarios y sociales, que supusieron, aparte del reto clínico y del esfuerzo personal, una toma de decisiones prácticas con fuertes implicaciones éticas.

En las siguientes líneas presentaremos los conflictos éticos más frecuentes que se han producido en el cuidado de las personas mayores que vivían en residencias durante la epidemia por COVID-19 con relación a los principios de justicia, no maleficiencia, beneficiencia y autonomía.

## **Conflictos éticos en relación con el principio de justicia**

En el transcurso de la pandemia se han producido, al menos, tres conflictos en relación con el principio de justicia: una clara discriminación por edad,

una distribución irregular de los recursos de atención geriátrica y paliativa en diferentes áreas geográficas y una serie de medidas institucionales priorizadas por parte de las autoridades sanitarias y sociales meramente estéticas, sin un fondo real y consistente de mejora de la atención.

La discriminación por edad se comenzó a producir desde el primer momento, cuando no se priorizó la atención a las personas mayores más vulnerables (aquellas que acumulan mayor número de enfermedades crónicas y dependencia), tanto las que residían en sus domicilios como las que vivían en residencias de mayores. Muchos son los ejemplos que se pueden ofrecer al respecto.

También desde el principio hubo una priorización absoluta de los recursos de atención de cuidados intensivos, a los que en determinados momentos y zonas geográficas del país se denegó el acceso a las personas mayores. Si bien la literatura científica y la práctica habitual recomiendan que la indicación o denegación de un respirador se efectúe en función de la situación funcional y la carga de enfermedades (número y pronóstico de las mismas) y no de la edad,<sup>5</sup> en los meses más crudos de la primera ola epidémica, en abril y mayo de 2020, se utilizó la edad como criterio de acceso en algunos centros hospitalarios.

Esta priorización absoluta de los recursos de cuidados intensivos se hacía sin un refuerzo adecuado de los recursos de atención sanitaria en las residencias de mayores, que debían ser atendidas por equipos de atención primaria saturados por el esfuerzo diagnóstico y terapéutico que requería la atención a los miles de ciudadanos infectados.

De este modo, las personas más vulnerables de nuestra sociedad desde el punto de vista sanitario (tanto si vivían en residencias de mayores como en sus propios domicilios) no recibieron una atención sanitaria adecuada en las fases más duras de la epidemia.

Tres hechos son muy significativos de esta falta de prioridad por parte de las autoridades sanitarias: la no existencia de refuerzo sanitario en las residencias, la inexistencia de recursos alternativos para la atención domiciliaria de estas personas y el cierre de las residencias a las visitas de familiares y la prohibición de salidas al exterior.

La ausencia de refuerzos de personal sanitario y de cuidados en las residencias ha sido evidente a lo largo de toda la epidemia (con alguna excepción de alguna comunidad autónoma, donde se realizó un incremento ligero y temporal). Se sabía que las residencias, antes de la epidemia, tenían unas ratios de personal muy escasas para atender a personas con una dependencia y carga de enfermedad muy alta: todos los residentes en España tienen un grado de dependencia II (dependencia severa) o III (gran dependencia), una media de siete enfermedades crónicas (además, el 50% de los residentes que acceden a una plaza residencial sufren una demencia con deterioro cognitivo moderado o severo) y consumen de media once medicamentos.<sup>6</sup> Así, un estudio de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, realizado en el año anterior a la pandemia, demostró que las ratios de personal exigido por las comunidades autónomas en las residencias de mayores son muy escasas: por ejemplo, la comunidad autónoma que exigía menos ratio de enfermera por residente y día pedía cinco minutos, mientras que la que más demandaba veintidós.<sup>7</sup> Ratios a todas luces insuficientes para una correcta atención de estas personas con tanta carga de enfermedad, y mucho más en el contexto de la pandemia.

En agosto de 2020, justo después de los devastadores efectos de la primera ola epidémica, y sin que aún dispusiéramos de vacunas frente a la COVID-19, se publicó un estudio realizado en 4.254 residencias de mayores que demostraba que a mayor ratio de personal se producía una menor transmisión de la infección dentro de estos centros.<sup>8</sup> Estos datos han sido corroborados en estudios posteriores, durante el año 2021.<sup>9</sup> A pesar de esta evidencia no existió un refuerzo claro y decidido del personal en las residencias de mayores.

Tampoco se reforzó la atención domiciliaria, que era una alternativa más segura para el cuidado de las personas mayores con dependencia que el medio residencial. Habíamos visto en la primera ola epidémica que los países con mayor atención domiciliaria sufrían menor mortalidad en las residencias de mayores, como es el caso por ejemplo de Dinamarca. La mayor mortalidad en residencias que en domicilio, ante la misma situación de dependencia, tardó en publicarse en nuestro país (la primera publicación la realiza el IMSERSO-Instituto de Mayores y Servicios Sociales en noviembre de 2020, nueve meses después del inicio de la epidemia), pero recogía claramente los

mismos datos: el domicilio es un entorno más seguro. A pesar de estas cifras no se reforzaron los programas de atención domiciliaria a personas con dependencia de forma decidida y generalizada, salvo algunos casos aislados que fueron financiados por algunos ayuntamientos de forma espontánea, sin un marco de actuación general. No hay que olvidar que la situación basal de la atención domiciliaria en nuestro país dista mucho de ser óptima, con algunas comunidades como Cataluña o Navarra que están ofreciendo veinte minutos al día por persona dependiente, según los datos publicados por el Consejo Económico y Social en su informe de la situación del Sistema de Atención a la Dependencia del mismo año 2020.<sup>10</sup>

El cierre de las residencias a las visitas de familiares y la prohibición de salidas al exterior han supuesto otra agresión al bienestar y la calidad de vida de las personas que vivían en residencias de mayores. Además de entrar en conflicto con el principio de autonomía, que después comentaremos, el cierre es fruto de una visión parcial de la salud pública.

El aislamiento de las personas mayores durante los cierres suponía la aparición de efectos secundarios muy importantes: incremento de la fragilidad y pérdida de masa muscular y ósea, con el consiguiente aumento de las caídas, así como desnutrición, incontinencia o descompensación de enfermedades crónicas como la diabetes.

La pérdida o disminución de los contactos con familiares y amigos ha supuesto un crecimiento de la depresión, la ansiedad o el insomnio; un incremento de los trastornos del comportamiento en pacientes con demencia (que son el 50% de las personas que viven en residencias de mayores), y la aparición de sentimientos que disminuyen la calidad de vida como el miedo, la ira o la soledad no deseada.

Pese a las solicitudes que se hicieron a las autoridades sanitarias y sociales desde múltiples instituciones (entre ellas la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología),<sup>11</sup> no se reforzaron los programas de fisioterapia, terapia ocupacional o recreacional durante las épocas de cierre a fin de intentar reducir los efectos secundarios. Y tampoco se relajaron las prohibiciones de salidas al exterior o las visitas de los familiares, adoptándose una visión muy restringida de la salud pública: solo se atendió a la función de disminuir la transmi-

sión del virus, sin tener en cuenta la promoción de la salud y la disminución de los efectos secundarios. No hemos implementado una salud pública con mayúsculas; hemos adoptado una estrategia muy parcial centrada en controlar la expansión vírica y no una perspectiva global atenta al impacto de la pandemia en la totalidad de la persona.

Tras las diferentes olas epidémicas tampoco hemos priorizado la atención sanitaria a estas personas, aun cuando sabemos que se ha producido una descompensación enorme de las patologías crónicas, especialmente relevante en las personas más vulnerables, como las que sufren demencia o están en situación de final de vida. Sería necesario, por lo tanto, priorizar un plan de choque para la gestión de las listas de espera de patologías crónicas y cáncer, que se han visto retardadas en su diagnóstico y/o tratamiento.

## **Conflictos éticos en relación con el principio de no maleficencia**

La pandemia nos ha obligado a extremar la atención para evitar situaciones de maltrato y encarnizamiento terapéutico y para la puesta en marcha de cuidados paliativos adecuados, en un contexto en el que el uso de directivas anticipadas (testamento vital) está muy poco extendido en nuestro país.

Ha sido aquí necesaria la valoración individualizada de cada persona para revisar los objetivos del tratamiento, manejar adecuadamente los síntomas, acompañar a la persona y a su familia, ofreciéndoles soporte emocional y espiritual y, en caso de necesidad, solicitar soporte por parte de equipos especializados.

Este último punto no ha sido posible en muchos casos, dado que la distribución de equipos especializados en geriatría y en cuidados paliativos no es homogénea en el país y, en muchos casos, no se dispone de un acceso a los mismos (por listas de espera o por inexistencia de equipos de geriatría y de cuidados paliativos en amplias zonas).

El riesgo de no disponer de este soporte especializado es doble y ha impactado en las personas mayores que han vivido en residencias durante la pande-

mia: encarnizamiento terapéutico en algunos casos, o aplicación inadecuada de cuidados paliativos en pacientes con posibilidades de recuperación en otros.

La lucha que han mantenido muchos grupos de interés (familiares, directores de residencias, grupos políticos, etc.) para hospitalizar a las personas de las residencias de mayores que sufrían algún síntoma relacionado con la COVID-19 ha supuesto un claro riesgo de encarnizamiento terapéutico, en un contexto donde había claras amenazas de judicializar el no ingreso hospitalario (como así ha sucedido).

En el extremo opuesto, la ausencia de una valoración adecuada por parte de un equipo especialista en geriatría y en un marco de enorme presión asistencial, también ha supuesto un incremento de indicaciones de tratamiento paliativo en personas que aún tenían posibilidades de recuperación.

Solo aquellas regiones que disponen de un amplio despliegue de equipos especializados en geriatría de base hospitalaria y de cuidados paliativos (básicamente Madrid y Cataluña) han sido capaces de diferenciar, tras una valoración individualizada y adaptada a cada paciente, las personas con indicación terapéutica de aquellas con indicación paliativa. La presión mediática que han sufrido muchos equipos médicos (a veces incluso judicializada) no ha contribuido a preservar el principio de no maleficencia.

Los equipos clínicos que se han visto sometidos a esta enorme presión en la toma de decisiones han sufrido un enorme desgaste físico y emocional. Aquí también, de nuevo, las instituciones y las organizaciones han llegado tarde para ofrecer soporte emocional, tratamiento del estrés y gestión de sentimientos de culpabilidad a través de programas de apoyo, competencia y compromiso profesional.<sup>12</sup>

En estos momentos estamos viviendo, de forma crónica, muchas situaciones de estrés posttraumático entre estos profesionales que es necesario abordar de forma urgente.

## Conflictos éticos en relación con el principio de beneficencia

En cuanto al principio de beneficencia se nos han planteado decisiones difíciles de sustitución de tratamientos y del límite de muchos de estos.

Y todo ello en un contexto en el que no disponíamos de forma clara de un referente para ejercer la tutela de la persona mayor o se inhibían, dejando la decisión en manos de los médicos y otros profesionales sanitarios.

Han sido decisiones del día a día la indicación de alimentación e hidratación artificial y su retirada, la prescripción de tratamientos vitales (fundamentalmente el uso de respiradores), el diagnóstico de terminalidad y de irrecuperabilidad o la indicación de sedación terminal.

Todas las decisiones de este tipo se han intentado tomar con una valoración adecuada e individualizada de cada caso, pero en un contexto muy difícil, porque, durante los periodos de cierre de las residencias, el contacto con la familia era restringido en el tiempo y por vía telefónica. Y se debían tomar las decisiones señaladas anteriormente muchas veces con escaso tiempo (por la enorme sobrecarga asistencial en las fases de expansión vírica) y con escasa información, al no conocer la situación completa basal de la persona.

De todos los contextos clínicos, es en los servicios de urgencia hospitalarios donde esta toma de decisiones ha sido más complicada por los dos factores señalados anteriormente: tiempo limitado e información no siempre completa ante decisiones clínicas de alto impacto.

De los dos factores, deberíamos tener en cuenta de forma urgente y para el futuro inmediato que es necesario disponer de un expediente personal sanitario (la historia clínica electrónica) y social unificado para las personas más vulnerables. Y es obligatorio para quienes viven en residencias de mayores.

También sería de enorme utilidad mantener la continuidad asistencial entre la residencia y los hospitales en las derivaciones, con un contacto estrecho entre los clínicos de ambos niveles asistenciales. Se deben establecer los mecanismos necesarios para conseguir este objetivo lo antes posible para estas personas.

## Conflictos éticos en relación con el principio de autonomía

Este ha sido otro gran debate de la epidemia en las residencias de mayores, sobre todo a raíz de las férreas medidas de aislamiento físico y social a que han sido sometidas las personas que en ellas viven, restricciones que les han causado terribles efectos secundarios, como describíamos con anterioridad.

Hemos vivido serias dificultades: para valorar la competencia en la toma de decisiones en una población muy compleja y en un contexto de urgencia, para dar información comprensible de los riesgos en los que incurrieran las personas al exponerse al virus y respetar sus decisiones, para tener en cuenta la negación a ser ingresado o tratado, y para vivir de forma digna con intimidad, privacidad y confidencialidad.

De todas las medidas adoptadas durante la pandemia, la que más ha afectado a la vida de las personas residentes (y también a los trabajadores) ha sido la de aislar la residencia del resto de la sociedad. Durante largos periodos de tiempo, en los momentos de mayor incidencia del virus, las autoridades sanitarias suspendieron todas las visitas de los familiares a las residencias, se prohibió salir a los mayores al exterior y se les confinó en sus habitaciones.<sup>13</sup>

De forma brusca y por orden de la autoridad sanitaria las residencias de mayores se convirtieron en «instituciones totales», al impedir el libre desempeño y elección de las personas individuales. Se transformaron en lugares de encierro más que en lugares de cuidado.

Este sometimiento es totalmente contrario al principio de autonomía, lo que vulnera gravemente los derechos de las personas.

Es cierto que estaba en riesgo la salud de otras personas, compañeros y compañeras de residencias, pero a ningún anciano se le preguntó acerca de su consentimiento expreso a esta medida de confinamiento extremo ni se le ofreció otra alternativa a la mera salida a casa de sus familiares, los cuales, también confinados, previsiblemente no podían cuidar de su familiar mayor.

En muchas comunidades autónomas, frente a la inacción de las autoridades sociales ante una epidemia vírica, se delegó la actuación médica a los equipos

propios de las residencias, con poco o nulo soporte de los servicios sanitarios habituales (afortunadamente esto no ocurrió en todo el país). En estos casos existía un vacío de responsabilidad donde no se asumía la decisión última ni por parte de los servicios sanitarios ni por parte de los servicios sociales.

## **El cambio de modelo necesario en los cuidados de larga duración**

No se han llegado a proponer verdaderos cambios del modelo de atención residencial, a pesar de la tragedia vivida en estas instituciones.

Las lecciones aprendidas durante la pandemia nos indican que es necesario un cambio en el modelo de cuidados de larga duración que incluya: un modelo de atención centrado en la persona que permita la autonomía plena en la elección del plan de apoyos; respeto a los derechos de las personas mayores independientemente de su nivel de dependencia y carga de enfermedad; un modelo de atención residencial articulado en torno a pequeños núcleos de convivencia que permita una simulación más parecida al propio hogar; una mayor ratio de personal de apoyo en las residencias, y un cambio en el balance actual de cuidados residenciales/cuidados domiciliarios con un mayor peso de estos últimos.

Y por supuesto, una integración clara y decidida de los servicios sanitarios y sociales.

A principios del año 2022 se está sometiendo a debate un documento promovido por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 con las diferentes comunidades autónomas, que son las que ostentan la competencia de la gestión residencial. Este documento, llamado «Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia», recoge una política de atención centrada en la persona y en una mayor participación del residente y su familia en su plan de cuidados a la vez que intenta incrementar la autodeterminación y respetar los derechos de cada persona ingresada en estos centros.<sup>14</sup>

En cambio, no se promueve un verdadero incremento de las ratios de personal en los centros o un cambio decidido hacia un modelo de atención de cuidados de larga duración más enfocado en el domicilio y menos en centros residenciales.

Existen ejemplos de países donde se ha implementado este modelo, como es el caso de Dinamarca, que ya prohibió por ley durante el siglo pasado la construcción de nuevas residencias «¡tipo hospital!» para pasar a construir viviendas con asistencia personalizada con respecto a la dependencia. Y con un incremento muy importante de los cuidados domiciliarios, que tienen un presupuesto seis veces mayor que los cuidados residenciales en el país.<sup>15</sup>

El modelo de cuidados de larga duración que mejor respuesta hubiese dado contemplaría los siguientes elementos:

- El modelo se debe centrar en la promoción de la autonomía personal y no en la mera atención a la situación de dependencia, cuando esta aparece. Se trata, por lo tanto, a diferencia del modelo actual, de un modelo preventivo y proactivo.
- El modelo debe potenciar la comunidad y todos sus recursos (redes sociales y vecinales e incorporación del cuidador no profesional).
- Se debe incrementar la prestación de servicios domiciliarios para mantener a la persona el mayor tiempo posible en su propio domicilio, retardando o evitando el ingreso en una residencia.
- Los recursos ambulatorios existentes (centros de día, básicamente) deben integrarse con los servicios de salud de atención primaria y ofrecer tratamientos rehabilitadores, además del plan de apoyo personalizado a la dependencia que ya ofrecen.
- Se debe cambiar el modelo de atención residencial actual, muy basado en grandes equipamientos con un diseño muy hospitalario, por un paso previo de vivienda adaptada a la dependencia, con servicios de apoyo (enfermería, auxiliar de dependencia, fisioterapia, psicología, etc.) personalizados a cada grado de dependencia y dinámicos a lo largo del ciclo vital.
- Se deben tener solo las residencias imprescindibles, con núcleos de convivencia para un pequeño número de usuarios que permita una atención adecuada en un entorno similar al domicilio.

- Los centros (diurnos, viviendas adaptadas y residencias) se deben incluir en un diseño de ciudad adaptada a las personas mayores con y sin dependencia que permita una plena integración de estas independientemente de su grado de autonomía y su carga de enfermedad.

Y, por su puesto, con participación de autoridades locales y ciudadanos en su gobernanza y planificación. También es muy importante promover la mejora continua del modelo a través de la publicación periódica de resultados relativos a la calidad de vida de las personas atendidas.

## **Necesitamos una salud pública en mayúsculas para una población tan vulnerable**

La pandemia de la COVID-19 nos ha dejado las siguientes lecciones en relación con las residencias de mayores y las personas que en ellas viven:

1. Debemos avanzar hacia una visión amplia e integral de la atención a las personas, especialmente las más vulnerables, rompiendo con la fragmentación clásica entre servicios sanitarios y sociales y avanzando de forma decidida hacia la integración social y sanitaria.
2. Se debe considerar la salud pública como un elemento fundamental de los servicios de salud, instando a que adopte una actitud proactiva y una visión global que no olvide los aspectos preventivos y de promoción de la salud ni en los momentos más difíciles de una pandemia. La salud no solo se consigue evitando una infección con medidas restrictivas, sino que es necesario atender a la vez los efectos secundarios que pueden causar las medidas de protección frente a la infección.
3. El modelo de atención sanitaria en residencias se debe reformular para garantizar en todo momento un acceso rápido y adecuado a los servicios sanitarios ante cualquier situación de compromiso clínico.

4. Más allá de la atención sanitaria a las residencias, es necesario cambiar el modelo de cuidados de larga duración hacia un modelo de base comunitaria y domiciliaria centrado en la persona y con un mayor protagonismo de los servicios domiciliarios que de los servicios residenciales.
5. El modelo de atención articulado en torno a la persona ha de garantizar el respeto a todos los derechos de las personas, independientemente de su nivel de dependencia, pluripatología y su autonomía.

Hemos aprendido muchas lecciones durante la pandemia. Y hemos imaginado muchas soluciones.

Ahora solo queda ponerlas en marcha y garantizar su continuidad.

## **Notas**

1. Rico-Urbe JA, Caballero FF, Martin-Maria N, Cabello M, Ayuso-Mateos J, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: a meta-analysis. PLOS ONE. 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>.
2. Brandao DJ, Ferreira J, Almeida da Silva S, Rossi P, Pastor-Valero M. Depression and excess mortality in the elderly living in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry. 2019; 34(1): 22-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/gps.5008>.
3. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
4. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, T Hsu A, Schmidt AE, Arling G, Kruse F, Fernández JL. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. Ltccovid.org. 2021.
5. Santa-Cruz R, Villarejo F, Figueroa A, Cortés-Jofré M, Gagliardi J, Navarrete M. Mortality in critically ill elderly individuals receiving mechanical ventilation. Respiratory Care. 2019; 64(4): 473-483. Disponible en: <https://doi.org/10.4187/respcare.06586>.

6. Amblàs-Novellas J, Santauegenia SJ, Vela E, Clèries M, Contel JC. What lies beneath: a retrospective, population-based cohort study investigating clinical and resource-use characteristics of institutionalized older people in Catalonia. *BMC Geriatrics*. 2020; 20(187). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01587-8>.
7. <https://www.segg.es/publicaciones/biblioteca-online-segg>.
8. Figueroa JF, Wadhera RK, Papanicolas I. Association of nursing home ratings on Health inspections, quality of care, and nurse staffing with COVID-19 cases. *JAMA*. 2020; 324(11): 1.103-1.105.
9. Williams CD, Zheng Q, White AJ, Bengtsson A, Shulman ET, Herzer KR, Fleisher KA. The association of nursing home quality ratings and spread of COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. 2021; 69: 2.070-2.078. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.17309>.
10. Informe 3/2020. El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Consejo Económico y Social de España, 2020.
11. <https://www.segg.es/publicaciones/biblioteca-online-segg>.
12. Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clin*. 2021; 156(9): 449-458. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>.
13. Gomez Martínez C. Reflexiones éticas en torno a las medidas tomadas en las residencias durante la pandemia. *Cuadernos de bioética*. 2020; 31(102): 231-243. <http://aebioetica.org/revistas/2020/31/102/231.pdf>.
14. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD); 2022.
15. World Health Organization. Denmark: country case study on the integrated delivery of long-term care. WHO regional office for Europe series on integrated delivery of long-term care. WHO; 2019. Disponible en:

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2019/denmark-country-case-study-on-the-integrated-delivery-of-long-term-care-2019>.

**Aportaciones de los  
expertos**

## Francisco Javier García León

*Dpto. de Metafísica y Corrientes Actuales de la Filosofía, Ética y Filosofía Política. Universidad de Sevilla*

### El principio de equidad se ejerce con el cuidado a los más vulnerables

Prestar cuidado es la respuesta humana a la vulnerabilidad, sea de una persona, un grupo o, como en el caso de la COVID-19, la humanidad en su conjunto. Aunque la dimensión privada y particular es la más evidente, la colectiva debería ser la más relevante en la pandemia.

Cuando la vulnerabilidad es colectiva, la respuesta forzosamente lo tiene que ser, y en el caso de las amenazas para la salud, la salud pública es uno de los instrumentos con los que cuenta la sociedad para ayudar a tomar las decisiones más adecuadas a la hora de la prestación de los cuidados. Esta respuesta exige un equilibrio entre la protección de un bien social como es la salud, la salvaguarda de los derechos y bienes de las personas, y la protección de los más vulnerables. La deliberación ética es la herramienta que nos puede ayudar a establecer una ponderación entre los valores en conflicto, que por otra parte deben estar explicitados.

Definir y establecer quién o quiénes son vulnerables no es fácil, pero es importante porque influirá en las decisiones que tomemos y en cómo contemplemos en ellas la equidad. La vulnerabilidad biológica suele ser hegemónica en el establecimiento de prioridades, si bien la limitación de este enfoque ya se puso de manifiesto con la pandemia de VIH/sida, en la que se consolidó el concepto de «sindemia», concepto reafirmado en relación con la vulnerabilidad de las personas mayores y la COVID-19; la sindemia exige una respuesta diferente de salud pública al no considerar lo epidémico como un fenómeno exclusivamente biológico.

Etiquetar a personas o grupos de personas como vulnerables por su situación física, biológica o biomédica tiene sus limitaciones; como contrapartida, se ha

propuesto una segmentación de la vulnerabilidad teniendo en cuenta las diferencias individuales y los aspectos contextuales, identificando niveles o capas que pueden causar situaciones de vulnerabilidad de distinta intensidad. Algunas capas son independientes, mientras que otras interactúan o desencadenan nuevas capas de vulnerabilidad. Así, hay personas mayores vulnerables por sus enfermedades crónicas que lo son más aún al superponer otra capa en el caso de que tengan dificultades para desenvolverse por ellas mismas en la vida diaria, y otra más si, además, sus recursos económicos son limitados, lo que agrava la situación de vulnerabilidad.

Desde esta perspectiva, no hay grupos vulnerables *per se*: la vulnerabilidad de una persona o grupo es una situación dinámica sometida a cambios que dependen del contexto y resultado de la superposición de capas sucesivas. En el caso de la COVID-19, sobre un eje transversal de vulnerabilidad relacionado por ejemplo con la edad, el género o el nivel socioeconómico, podemos identificar tres capas de vulnerabilidad que pueden estar superpuestas, y que, dependiendo del contexto, han tenido una importancia desigual a lo largo de la pandemia:

- Capa biológica: probabilidad de desarrollar síntomas graves y complicaciones tras infectarse, siendo más vulnerables las personas mayores y las personas con comorbilidades preexistentes.
- Capa socioeconómica: probabilidad de verse gravemente afectado por las medidas restrictivas, siendo más vulnerables las comunidades y los grupos desfavorecidos que se ven más afectados por los efectos económicos de estas medidas restrictivas.
- Capa de salud mental: probabilidad de desarrollar graves repercusiones en la salud mental relacionadas con las medidas de contención. El cierre de escuelas y la prolongación de los periodos de encierro han desencadenado problemas de salud mental en la población, aumentando la vulnerabilidad de niños y adolescentes.

La misma evidencia científica disponible es interpretada de forma distinta para entender la vulnerabilidad en función de los valores subyacentes, no solo por las autoridades, sino también por los profesionales, como se puso de manifiesto en la Declaración de Great Barrington (intervención exclusiva-

mente sobre los vulnerables) frente al Memorándum de John Snow (todos somos vulnerables).

La vulnerabilidad por capas supone un reto para la salud pública. La mayoría de sus recomendaciones en las que se ha tenido en cuenta la vulnerabilidad, se han referido a la vulnerabilidad biológica, o a la vulnerabilidad en grupos considerados homogéneos. Para que la salud pública pueda hacer aportaciones sustanciales a la sociedad y hacer operativo el principio de equidad, tendrá que avanzar metodológica y conceptualmente en el abordaje de la vulnerabilidad por capas, además de ampliar la mirada de otras disciplinas en la elaboración de sus recomendaciones.

## Bibliografía

- Angeli F, Camporesi S, Dal Fabbro G. The COVID-19 wicked problem in public health ethics: conflicting evidence, or incommensurable values? *Humanities and Social Sciences Communications*. 2021; 8(161). Disponible en: <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00839-1>.
- Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*. 2020; 396(10.255): 874. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).
- Luna F. Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. 2009; 2(1): 121-139. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3138/ijfab.2.1.121>.
- Maeckelberghe E. COVID-19: opportunities for public health ethics? *J R Coll Physicians Edinb*. 2021; 51(S1): S47-S52. Disponible en: <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2021.241>.

## Joan Guix

*Médico, especialista en Salud Pública. Medical Anthropology Research Centre (MARC). Universitat Rovira i Virgili*

## Pandemia y biopolítica

La actual pandemia debida al SARS-CoV-2 (o coronavirus), junto con la gripe española de 1918 o el sida, han representado uno de los mayores riesgos no bélicos para la salud y la estabilidad de las personas y la sociedad.

Con respecto a las preguntas formuladas como base del seminario que reproduce esta publicación: «¿Es posible cuidarse sin tocarse?», «¿Las decisiones para la prevención de la COVID-19 estaban por encima de todo?» y «La ética de las medidas de salud pública adoptadas en las residencias. Lecciones para el futuro», a lo largo de las tres mesas ha surgido una misma apreciación: la ausencia, por parte mayoritaria de los profesionales asistenciales, de una visión más holística, más social, más empática. No obstante, el discurso mayoritario en el sector consiste en llenarnos la boca del «modelo biopsico-social» y, contradictoriamente, aplicar, en la práctica, el modelo médico hegemónico: el modelo biomédico, estricta y pretendidamente científico, biólogo, individualista, y supuestamente neutral y asocial.

Hablamos de dinámicas de poder.

Foucault describió los conceptos de biopoder y biopolítica como una forma más eficiente de ejercer el poder controlando los cuerpos y la población mediante la gestión de los elementos subyacentes a la idea de «salud», basándose en técnicas estadísticas y demográficas: «La transformación de la penalidad no forma pues simplemente parte de una historia del cuerpo, sino, para ser más exactos, de una historia de las relaciones existentes entre el poder político y los cuerpos. La coacción ejercida sobre los cuerpos, su control, su sometimiento, el modo que adopta ese poder para ejercerse directa o indirectamente sobre ellos, la forma de plegarlos, fijarlos, utilizarlos, está en la base del cambio que sufrió la penalidad» (Foucault, 1996).

En el curso de la actual pandemia vemos respuestas eminentemente técnicas, con relatos centrados en gráficos e indicadores:  $R_0$ , doblar la curva, riesgo de rebrote... pero en absoluto en la comunidad o la persona y sus problemáticas. La respuesta meramente técnica se centrará en el impacto sanitario, médico, y no en el resto de aspectos de la pandemia. Sus respuestas serán más radicales en el sentido epidemiológico, del tipo «muerto el perro se acabó la rabia» o, como defendió un determinado presidente americano (George W. Bush, en 2002), talar los bosques para acabar con los incendios forestales.

Si a ello añadimos el hecho demostrado de que, frente a situaciones de grandes crisis, las Administraciones tienden a instaurar medidas de «salvación» que contravienen, en ocasiones palmariamente, los principios democráticos, existe un gran riesgo de que dichas medidas, el poso autoritario, persista incluso tiempo después de haber desaparecido la crisis que permitió imponerlas. Es lo que Naomi Klein denomina «doctrina del shock» (Klein, 2008).

No obstante, una pandemia es, en sí misma, mucho más. Implica, además de una crisis sanitaria, una crisis social, mediática, política y económica. Es el concepto de sindemia.

Este carácter holístico de las pandemias requiere que las decisiones sean transversales y adoptadas por los representantes democráticos de la ciudadanía, que, debidamente asesorados por los expertos, deben ponderar los equilibrios entre riesgos y beneficios de cada decisión y sus consecuencias sobre el conjunto social.

E implementar, en el mejor de los casos, una visión realmente biopsicosocial, realmente comunitaria, alejada de las dinámicas de poder del modelo médico hegemónico.

## Bibliografía

Foucault M. La vida de los hombres infames. Buenos Aires: Caronte; 1996. p. 49.

Klein, N. La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre. Buenos Aires: Paidós; 2008.

## Colectivo Minerva

*Carmen Domínguez Alcón, Montserrat Busquets Surribas, Anna Ramió Jofre y Núria Cuxart Ainaud<sup>a</sup>*

### ¿Es posible cuidarse sin tocarse?

La importancia del tacto para la vida está ampliamente documentada. El tacto es utilizado habitualmente en la práctica enfermera, por su valor terapéutico, como instrumento en el contexto de la relación de ayuda que se establece al atender a las personas que precisan asistencia para mantener, fortalecer o recuperar su salud. Son ejemplos el masaje que relaja o el abrazo que puede evitar una contención en personas con problemas de salud mental. Asimismo, siendo la piel el nexo más importante entre nuestro cuerpo y el exterior, en ocasiones el tacto puede ser una muy buena estrategia para promover la vida. El método «piel con piel» en los recién nacidos es un ejemplo de escenario ideal para su transición al medio extrauterino. El tacto es para las enfermeras un buen recurso terapéutico con el objetivo de procurar bienestar porque a través de él se establece una comunicación muy próxima: desde temperatura corporal hasta información de la presencia de quien cuida, desde sensaciones de relajación hasta sentimientos de compañía.

El con-tacto, palabra sin complicaciones etimológicas, supone aportar bienestar, tranquilidad, seguridad, complicidad o confianza, entre otras, y es imprescindible para ayudar a la persona que, por su falta o pérdida de autonomía, no puede satisfacer adecuadamente aquellas necesidades básicas para la vida como comer y beber, moverse y mantener una postura adecuada, reposar y dormir, eliminar o evitar peligros y prevenir riesgos. Estas actividades de suplencia –entendiendo siempre «suplencia» como lo que la persona haría si pudiera– no son posibles sin tocar, al igual que también es muy difícil satisfacer otras necesidades como divertirse o comunicarse sin contacto.

<sup>a</sup> Colectivo que trabaja con el objetivo de ampliar y fortalecer el conocimiento para la mejora de la calidad del cuidado y del servicio profesional que ofrecen las enfermeras desde una perspectiva ética y sociopolítica.

El tacto y el contacto son instrumentos y así hay que entenderlos, sabiendo que hay un objetivo que los trasciende: aquello que se quiere transmitir. El con-tacto no garantiza la calidad del cuidado, sino el logro del bienestar. Dado que las prácticas de cuidado entrañan una gran complejidad, porque están siempre relacionadas con aspectos sociales, culturales o espirituales, entre otros, hay que recordar que una característica esencial del cuidado es que su resultado sea satisfactorio para quien lo recibe. El reto está en saber valorar muy adecuadamente en cada persona, en cada momento y en cada situación, cuál es la aproximación cuidadosa que dirá cómo hay que utilizar el tacto y el contacto, teniendo en cuenta las emociones y los valores personales de quien precisa el cuidado.

## **La ética de las medidas de salud pública adoptadas en las residencias de ancianos. Cuando el cuidado no es tenido en cuenta**

El mundo residencial es complejo. La enorme diversidad en la titularidad y la gestión que tienen los centros implica una alta arbitrariedad en la atención que prestan, según sea la residencia. Pero la complejidad también viene dada por las grandes diferencias en las características, necesidades y voluntades de las personas que residen en ellas, que deberían ser los elementos esenciales para la toma de decisiones. Todo ello dificulta analizar lo que sucede en la atención a los mayores, que, a pesar de que, en ocasiones, parece empezar a reconocerse, en realidad no se concreta en acciones de mejora en coherencia.

La realidad muestra que a más fragilidad y vulnerabilidad menos recursos para el cuidado y menos consideración de las prácticas de cuidado. Es bien conocido que la atención a las necesidades de la vida cotidiana, como por ejemplo la higiene y la eliminación, cuando se trata de personas mayores, está fuertemente desprofesionalizada. La casi ausencia de enfermeras en las residencias, y mucho menos de especialistas en geronto-geriátrica, da cuenta de ello. Así ha sido en el contexto prepandemia y de ahí las graves consecuencias en la atención a las personas mayores durante la misma. La falta de perspectiva sobre el cuidado ha conllevado una visión completamente centrada en la

seguridad y la prevención de la COVID-19 con el argumento de proteger su vida, sin que nadie les preguntara cómo conciben esta ni cuáles son las razones que le dan sentido. Por ejemplo: bajo la consideración de proteger la seguridad, en algunos centros ha habido personas, incluso las autónomas y capaces, que han visto eliminados sus paseos al exterior o bien han tenido que escoger, ellas o sus familias, salir con el alto requisito a la vuelta de la obligación de nuevos aislamientos. Algunas han contabilizado los días acumulados de reclusión en sus habitaciones, que han llegado a alcanzar los nueve meses. Situaciones que hubiesen sido inadmisibles fuera del ámbito residencial pero que incomprensiblemente han ido acompañadas de un gran silencio social.

El modelo actual de atención a las personas mayores está obsoleto. Revertir su obsolescencia, bien visible durante la pandemia, requiere de un diagnóstico muy honesto de la situación y de su posterior reconstrucción, a partir de la percepción y experiencia de las personas que viven en residencias y/o su entorno significativo, adaptándolos a modelos de unidades convivenciales, flexibles y ajustadas a las características de las personas residentes (edad, grado de autonomía física o mental, problemas de salud, etc.), y de acuerdo con los valores que dan sentido a su vida. Supone tomar medidas de forma que estos residentes tengan, como mínimo, las mismas oportunidades que quienes viven en sus casas. Oportunidades orientadas a mantener sus capacidades el máximo tiempo posible, teniendo en cuenta y aprovechando su propio potencial. La tan esperada integración de los equipos sociales y de salud podría ser una estrategia efectiva para que las residencias sean realmente el hogar de quienes deciden vivir en ellas o para las que es el único recurso posible, siempre y cuando se evite «sanitarizar» o medicalizar la atención, es decir considerar a los residentes como personas enfermas.

A su vez la atención a la ancianidad debe concretarse en acciones de atención domiciliaria social y sanitaria para las personas en situación de fragilidad o vulnerabilidad ajustadas a su situación vital, favoreciendo una vida independiente y la permanencia en su entorno social. Todo ello, ya sea en la residencia o en el domicilio, implica una organización centrada en el cuidado que, además, incluya la ayuda a las familias de forma que, en función de cada contexto familiar, se integren en el plan de atención en tanto que acompañantes, cuidadores o representantes de la persona residente.

## La reivindicación del cuidado

Cuidar se traduce en un acto de relación que tiene como requisito conocer y comprender la situación tal y como el otro la percibe y la vive. Las enfermeras han desarrollado el cuidado reconociendo a la persona como sujeto autónomo respetando el significado que otorga a su propia experiencia relativa a la salud. El cuidado enfermero es garantía de buena atención porque se centra en la vivencia propia de las personas aportando los conocimientos necesarios para que sus vidas continúen de la mejor forma posible a pesar de necesitar ayuda. El cuidado enfermero hace compatible la vida, tal y como la persona la concibe, con la seguridad, trabajando los dos aspectos en la planificación y ejecución. Es por ello por lo que el cuidado ofrece un buen marco ético de referencia para modificar el fondo de la cuestión, pero también las formas y maneras de hacer, no solo en las conductas individuales, sino también en todo lo que atañe a las responsabilidades de gobernantes, gestores, profesionales y ciudadanos.

Es necesario reivindicar el liderazgo del cuidado enfermero, así como las profesiones tradicionalmente cuidadoras como el trabajo social, imprescindibles en cualquier estrategia para alcanzar la tan deseada «normalidad». Sin embargo, actualmente, el cuidado sigue siendo invisible o sigue considerándose secundario. Una muestra de ello es la preocupante constatación de la ausencia de enfermeras y de otros profesionales bien necesarios en el recién constituido Comité evaluador de la gestión de la COVID-19. Comité que debería evaluar cómo la falta de cuidado ha sido causa de sufrimiento, soledad, incertidumbre, tristeza, deterioro de la autonomía personal, ansiedad, dolor, e incluso cómo los requisitos de las, probablemente muy necesarias, medidas adoptadas durante la pandemia pueden haber sido el origen de algunas muertes.

Es por ello que desde el Colectivo Minerva se hace un llamamiento muy concreto a la responsabilidad, en especial a los profesionales de las únicas tres profesiones –economía, medicina y epidemiología– participantes en foros como el citado, para que declinen su participación, dado que no pueden disponer de toda la información necesaria para la evaluación de lo sucedido y la posterior toma de decisiones orientada hacia un futuro mejor.

## Màrius Morlans Molina

*Médico nefrólogo. Vicepresidente del Comité de Bioética de Catalunya*

## El cuidado y la palabra en tiempos de pandemia

«Cuidar» es una palabra polisémica. Con esta frase se inicia el texto en el que se nos invitaba a participar en el seminario transcrito en este Cuaderno. Y ello da pie a que comparta unas breves reflexiones sobre el valor de la palabra y la narración en el significado del cuidado en tiempos de pandemia. Al principio de todo está la palabra. La relación de cuidado se inicia con la presentación de las personas implicadas. Para afianzar esta relación es necesario el reconocimiento de lo que se espera y de lo que se puede ofrecer y para ello es preciso el diálogo. Aun siendo pues la palabra básica, no es lo esencial del cuidado. En ocasiones, las palabras no pueden paliar la angustia y el dolor causados por la noticia de una enfermedad con mal pronóstico o la pérdida de un ser querido. Es cuando las palabras no llegan a expresar lo que queremos transmitir que adquiere todo su valor el abrazo en silencio de quien quiere reconfortar. Ya en este seminario se ha explicado, y muy bien, el provecho del contacto físico y el vacío que causa su ausencia.

Es como un «exilio interior». Con esta acertada expresión, Camus describe el sentimiento que invade a los ciudadanos de Orán separados de sus seres queridos por la cuarentena impuesta por la epidemia de peste. Porque ¿qué son las patrias, más allá de los lazos de afecto personales que somos capaces de anudar?, se pregunta el autor de *La peste* (1947).<sup>1</sup> La separación física de las personas que amamos y apreciamos ha sido, sin duda alguna, uno de los efectos más nocivos del confinamiento. Más intensa y frecuente que el miedo ha sido la desesperanza nacida del desconcierto ante la imposibilidad de imaginar y prever el porvenir. Los lazos afectivos se construyen en tiempo presente, pero se consolidan cuando pueden proyectarse hacia el futuro. Es en esa espera solitaria que uno desespera. Sabias palabras las de Camus, que aportan luz a la causa de nuestro desamparo y desorientación.

Las relaciones personales se congelan de manera provisional cuando carecemos de un mañana. Durante la pandemia hemos vivido el presente y nos hemos refugiado en el pasado, a la espera de un futuro incierto. Cuántas relaciones personales incipientes se han visto frustradas por la pandemia, verdadera prueba de fuego para los amantes noveles separados por el confinamiento. Los bienintencionados mensajes a través de las redes sociales y las videoconferencias pretendían paliar los efectos de la soledad, pero no han podido sustituir el consuelo que proporciona la presencia humana. Por esa razón, uno de los deseos, repetido hasta la saciedad en nuestras conversaciones a distancia, ha sido el de poder abrazarnos cuando esto acabara.

Soberbios, convencidos de nuestro derecho a someter a la naturaleza por medio de la tecnología, con el individualismo libertario como principal referente y la globalización como escenario, hemos caído cual víctimas desamparadas de ese mismo proceso mundializador. El pensamiento ideológico socialmente dominante, el del individualismo hedonista y consumista, no nos ha ayudado; más bien al contrario, ha propiciado que la pandemia nos haya sorprendido moralmente desprotegidos. La naturaleza se nos ha mostrado una vez más como lo que es: imprevisible e incontrolable, mientras que la rápida expansión del virus ha sido posible gracias a la interconectividad global.

En esas circunstancias, refugiarse en la supervivencia individual ha dado pie a conductas como el acaparar víveres o transgredir las normas del confinamiento, respuestas irracionales, si no al miedo, al desasosiego ante un futuro incierto. El refugio en el aislamiento individual no es una respuesta sensata. La pandemia, como en tantas otras catástrofes, ha vuelto a poner en evidencia los límites de la autonomía personal, mostrando una vez más que, ante la vulnerabilidad y el estado de necesidad, la respuesta está en los otros. No obstante, esta constatación no se produce de manera inmediata. Precisa de la pausa y la reflexión, o sea, de una actitud racional y reflexiva que, precisamente, no es la propiciada por las crisis. La evidencia se va abriendo paso a medida que recuperamos la capacidad de reflexión. Todos estamos en lo mismo y, por ello, la respuesta debe ser colectiva. La conducta solidaria se impone al solipsismo propio del individualismo libertario. Debemos recurrir a la solidaridad, a la convicción ética de que las personas, por nuestra condi-

ción de seres libres, tenemos que observar un comportamiento fraternal hacia nuestros iguales.

La solidaridad, palabra que nos remite a la condición de sólido, de cohesionado, puede interpretarse como que lo que afecta a un individuo también repercute en los otros miembros que forman parte de un mismo cuerpo: la comunidad. Esta confianza en los otros es una puerta abierta a la esperanza. Quien renuncia a ese ideal se convierte en una víctima propicia a la melancolía, porque «habitarse al desespere es peor que el propio desespere», como constata Camus, quien, a su vez y en boca de uno de sus personajes, el doctor Rieux, cuestiona el valor de la solidaridad que manifiestan quienes no sufren la epidemia.

En efecto, al caer la noche, el doctor Rieux, narrador de los hechos, escucha por la radio los mensajes de solidaridad dirigidos a los ciudadanos de Orán. Y piensa que esas proclamas, con sus palabras de ánimo, revelan la impotencia de las personas al no poder compartir un dolor que no sufren ni sienten. ¿Se puede compartir el dolor cuando no es vivido ni percibido, ni que sea en los otros? Pero este no es el caso de la actual pandemia porque sus consecuencias nos han afectado a todos, empezando por el desasosiego del aislamiento, ese exilio interior. Cuánto dolor causa el no poder acompañar y despedir en su agonía a las personas queridas. Es imposible no conmoverse ante la idea de una muerte solitaria y los remordimientos y la angustia que ello causa, enturbiando el duelo de los allegados.

¿Seremos capaces de recordar, o bien optaremos por olvidar, como ocurrió con la mal llamada gripe española o la guerra civil? Se ha hablado más de ambos acontecimientos en estos últimos tiempos que en los años inmediatos en que sucedieron. Los protagonistas optaron por no verbalizar los malos recuerdos. Pero esto hoy resulta imposible. Los registros epidemiológicos con los datos de la pandemia permanecerán accesibles en Internet, así como las publicaciones e informes científicos con sus recomendaciones más o menos acertadas. Y por descontado, la infinidad de comunicaciones personales a través de las redes sociales.

Llegado el momento de evaluar la experiencia, de sacar conclusiones, a buen seguro que los datos epidemiológicos registrados hasta la saciedad tendrán

un papel relevante, tanto o más que el impacto social y económico. Y puede ser que se plantee la necesidad de escribir la historia de la pandemia. Si se da esta circunstancia, conviene seguir el consejo de MacIntyre cuando razona en torno a por qué opta por narrar una historia de la filosofía en vez de hacer historia de la filosofía. Y es porque en la interpretación narrativa se funde la distinción lógica, propia del mundo académico, entre cuestiones de hecho y cuestiones de valor.<sup>2</sup> Únicamente la narración podrá recuperar para la memoria, no solo los hechos relevantes de esta pandemia, sino también los valores que han orientado las acciones necesarias para encararla, tanto aquellos que se han tenido en cuenta como los que hemos echado en falta. Ojalá que la palabra escrita sea considerada y nos reconforte en futuras emergencias.

## Notas

1. Camus A. La peste. Barcelona: Edhasa; 2002.
2. MacIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Crítica; 2001.

## Iris Parra

*Investigadora predoctoral, Universitat Autònoma de Barcelona*

## Del porqué de hacer las cosas con tacto

Somos como las mareas, a ciertas horas nos retiramos hacia el interior, rasgando la tierra firme, y a otras el ímpetu de nuestros ojos abraza el rompeolas de otro cuerpo, salpicando el cielo de ruegos catapultados. Por ello, ¿no somos como una mecedora? Con un anhelo de movimiento anclado a un punto estable hasta que un día la gravedad de otros *tú* nos coge por sorpresa y rodamos, orbitamos, en un inesperado vértigo. Hay quien se vuelve adicto a los embates del misterio de la alteridad, cuando la apertura se muestra y los convoca a ambos al instante presente.

Cuidarnos sin tocarnos es la encarnación de una duda que nos ha corroído en los meses de más restricciones desde marzo del 2020. ¿En qué consiste exactamente el cuidado? ¿Qué echamos de menos cuando vemos limitado nuestro espacio físico? La potencia del cuidado está en la acción, pero no de cualquier modo. Si pensamos más allá de nuestra burbuja inmediata, en su dimensión política el cuidado también se ejerce *buenamente* sin el roce de la piel, pero con tacto.

Allá por abril del 2020 escribía: «Hace una semana que vivo en una cueva oscura y húmeda llena de gritos y contradicciones que bogan por salir. Mi primer impulso es el de correr hacia la acción; supongo que en toda enfermedad hay algo de amazona. La intuición te dice que debes estar allí donde más te necesitan, como si de un imperativo se tratara. ¿Cómo vas a esquivar la realidad de que tienes unos conocimientos y unas habilidades que pueden salvar vidas? ¿Cómo te enfrentas a la voz *en off* que cuenta los muertos por miles desayunando en tu sofá? En sueños inquietos me imagino cogiendo los bártulos y largándome a un hotel habilitado para profesionales mientras ofrezco mis servicios a los hospitales colapsados. Lo haría, soy joven. Luego, por la mañana, al despertar, mis padres me miran con cara de preocupación y me insinúan que ellos son mayores y están en riesgo; que mi ímpetu tiene un deje

de locura y que no puedo abandonar mi trabajo editorial y mis investigaciones académicas para combatir. Y en ello, también hay algo de verdad. Así que heme aquí, en pleno dilema ético».

Cada uno encontró sus propios mecanismos para dar ese apoyo mutuo. En mi caso, fue la escritura. En momentos de vulnerabilidad la sensibilidad artística, la dulzura en la voz y el don de generar atmósferas que abrazan, es igual de importante. Descubrí que en mis poemas, en mis palabras, otros encuentran consuelo y sosiego... y ello me hace feliz. Así que, desde mi cueva, decidí lanzar un reto: dame tres palabras y con ellas te devuelvo un poema que te abraze, te compunja o te haga desternillarte de risa. Durante siete días me dediqué en cuerpo y alma a ello, a razón de cinco vídeos por día, destilando sensaciones, compartiendo arte y proximidad justo cuando más aislados nos manteníamos. Me convertí en apoyo externo porque yo, con mi hipersensibilidad, no habría soportado el golpe. Y eso también es parte del cuidado: saber cuándo puedes y cuándo es mejor retirarse.

Me relajé. De repente comprendí que allí donde no llegaban mis compañeros en el hospital, acudíamos el resto con el poder de un pequeño gesto; me convencí de que estábamos viviendo planos superpuestos de experiencias en una misma temporalidad. Lo dije, y me reitero. Hay algo de amazona en toda enfermera. Y por ello aplaudimos, sin esconder que tras ese agradecimiento se alojaba una impotencia ajena por no poder hacer algo más. Pero también existe un poder curativo en toda persona, en todo acto, que llega a lo profundo de un otro que nada fuera de su elemento. Y es que, al final, en un entorno hostil todos queremos sentir una mano amiga que nos diga: «Si caes, procuraré que el golpe sea lo más suave posible».

El cuidado mano a mano, en las actividades básicas de la vida diaria, es vital para la mayoría de nosotros; pero no es el único estrato que merece nuestra reflexión. Es cuidado compartir la impotencia de los profesionales sanitarios no ejercientes; es cuidado no fomentar sistemas de explotación; es cuidado reducir nuestros viajes internacionales. Todo depende de dónde pongamos el foco. El mío apunta hacia las formas comunitarias y de autoorganización que han nacido a raíz de la pandemia, hacia la política. Porque hay algo de poder en hacer las cosas con tacto.

## Bernabé Robles del Olmo

*Neurología y CEA, Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Profesor de Bioética, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya*

## Cuidar entre pandemias

Posiblemente este título parte de dos premisas que son más bien deseos: «cuidar» y «entre». Lo que deseamos y lo que ocurre realmente no pocas veces divergen. Desgraciadamente, el cuidado no está integralmente garantizado en nuestra sociedad, y, por otro lado, está por ver que estemos, de verdad, «entre» pandemias.

Algunas propuestas para que estos dos relevantes deseos se aproximen a la realidad podrían ser:

- **Coraje** (en su primera acepción en el diccionario: la vinculada al valor, no a la ira)

Debemos aprender a tolerar, conocer y gestionar el riesgo. Vivir en el anhelo de la seguridad total y el riesgo cero conduce a medidas desproporcionadas e indiscriminadas. Debemos tener el coraje de equivocarnos cuando hay que decidir rápido y en entornos de elevada ignorancia e incertidumbre. En esta línea, se debe huir del «algo habrá que hacer», buscando generar una más que hipotética sensación de seguridad en la ciudadanía. Si hay incertidumbre, los responsables deben saber comunicarla sin que ello paralice las decisiones, aun a sabiendas de que estas podrán resultar erróneas cuando adquiramos mayor conocimiento o, simplemente, conozcamos la evolución de los acontecimientos.

Esto implica, a su vez, respetar a quien decide con estas limitaciones. Son decisiones políticas de alto riesgo. Instrumentalizar los errores de gestión en este contexto para obtener éxito, notoriedad, poder o adhesiones, revela baja moral extrema y, lo que es peor, no es nada práctico para gestionar catástrofes. Bucear en las desgracias buscando culpables puede resultar estratégico, pero acaba socavando los cimientos de la sociedad y los mecanismos de representación democrática de la ciudadanía.

### ■ Resituar al individuo, reconociendo valor moral a la sociedad

Los derechos individuales son, por supuesto, relevantes en esencia. Diría que son imprescindibles para la convivencia y que, incluso, deben actuar, en ocasiones, como líneas rojas. Pero no deben ser malinterpretados por un animal social, indigente, vulnerable y dependiente: el *sapiens*. Por supuesto, la sociedad no debe aplastar al individuo, pero el individuo tampoco debe carcomer a la sociedad, simplemente porque fuera de ella no es prácticamente nada. En este sentido, debemos marcar líneas entre lo que representa promover una obligación moral en nombre del «bien común» y lo que sería mera imposición violenta. Esta última difícilmente encontrará justificación sólida, por su desproporción. Además, cuando nos planteamos obligar, debemos tener en cuenta a todos los afectados, no solamente al individuo «medio», con acceso a la información y «visibilidad pública».

### ■ Evitar las incoherencias

La práctica totalidad de los miembros de la sociedad somos ignorantes ante esta nueva pandemia vírica no conocida hasta la fecha, pero prácticamente todos somos también inteligentes, es decir, capaces de entender si la información llega correctamente, con transparencia y honestidad. Además, podemos detectar, o intuir, las incoherencias y las manipulaciones. Y cuando esto ocurre, se rompe el vínculo de confianza imprescindible entre políticos y ciudadanos, o entre científicos y ciudadanos. Huyamos por tanto del «paternalismo cognitivo».

### ■ Proporcionalidad

Las medidas de salud pública deben ser proporcionadas, tanto en su definición como en su aplicación. Una medida aparentemente beneficiosa contra la transmisión de un virus puede ser un desastre desde el punto de vista socioeconómico en algunos contextos, o desde el punto de vista emocional o, incluso, clínico, en otros. Se deben aplicar criterios de justicia distributiva también a la hora de aplicar las medidas «ideales». No todo lo que puede parecer proporcionado imponer al «ciudadano medio» es proporcionado para todas las personas que integran una sociedad. No contagiarse puede ser una de las últimas prioridades para las personas que deben salir de casa todos

los días con la incertidumbre de si obtendrán sustento. Tienen otras prioridades más acuciantes, y hay que comprenderlo. Por otro lado, estar aislado puede ser tan o más peligroso que infectarse, por vulnerable que seas a la fisiopatología vírica. El aislamiento de las personas con deterioro cognitivo u otros trastornos mentales era nocivo en sí mismo, es decir era un daño cierto. El contagio sigue siendo, a día de hoy, una probabilidad, no remota, pero simplemente una posibilidad.

### ■ Reconocer la dimensión social de las epidemias

Un abordaje biomédico exclusivo de estos problemas es miope, y lleva a infravalorar las consecuencias más allá de la replicación vírica y el uso de recursos sanitarios. Hemos abusado demasiado de esta óptica reduccionista, y por eso hemos reparado demasiado tarde en las consecuencias flagrantes e intolerables de haber pensado solo en «controlar al virus».

### ■ Hacer una revisión crítica de los hacinamientos sociales no justificados

Debemos repensar nuestra organización social y económica, los hábitos de convivencia y los de consumo. Cuando el hacinamiento genera daño, debe ser revisado, en las costumbres y en las estructuras sociales. Ahora bien, confundir hacinamiento con el roce humano también es peligroso. Si, durante un tiempo, la distancia física ha sido factor de riesgo de enfermar, no la llamemos «distancia social», porque las palabras transportan valores y prejuicios. Imaginemos cómo protegernos razonablemente del contagio preservando el roce o el tacto, visualizándolos como necesidades básicas de los humanos. Seguramente no es imposible.

### ■ Hacer una revisión crítica de la medicina «opulenta» occidental

Dentro o fuera de contextos epidémicos, los profesionales deben hacer esfuerzos de contención, reduciendo las propuestas sanitarias, y sociosanitarias, a aquellas que realmente sean efectivas desde el prisma de los valores y el contexto de las personas atendidas. La sociedad también debe revisar sus expectativas y «digerir» un contexto más reflexivo, solidario y proporcionado en la atención recibida. Una honesta y meticulosa adecuación de la atención

nos permitiría tener que «racionar» con mucha menos frecuencia. Los problemas de la medicina moderna en los países occidentales son mucho más por exceso que por defecto. Cultural y emocionalmente, «no hacer» se tolera mucho peor que «hacer». Hacer, cuando hay recursos, es la salida fácil, con frecuencia poco meditada. Influyen por supuesto las expectativas de una sociedad que tolera mucho mejor el sobrediagnóstico y el sobretratamiento, a pesar de sus consecuencias nocivas más que demostradas, que, por ejemplo, el infradiagnóstico.

En conclusión, la pospandemia, o más bien intrapandemia, nos impone un cuidado ponderado, transparente, deliberativo, y valiente, que aborde de una vez por todas nuestras endemias cotidianas.

## Relación de autores

- Lucía Artazcoz, Agència de Salut Pública de Barcelona. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid. Institut de Recerca Biomèdica (IIB-Sant Pau), Barcelona. Centre d'Investigació en Salut Laboral (CiSAL), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
- Txetxu Ausín, Grupo de Ética Aplicada GEA, Instituto de Filosofía, CSIC.
- Oriol Farrés, profesor de Filosofía de la UAB.
- José Augusto García Navarro, presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y director del Consorci de Salut i Social de Catalunya.
- Àngel Puyol, catedrático de Ética de la UAB.
- Begoña Román, profesora de Filosofía de la Universitat de Barcelona (UB).
- Andreu Segura, coordinador del Grupo de Trabajo de Ética y Salud Pública de SESPAS.

## Expertos

- Francisco Javier García León, Dpto. de Metafísica y Corrientes Actuales de la Filosofía, Ética y Filosofía Política. Universidad de Sevilla.
- Joan Guix, médico, especialista en Salud Pública. Medical Anthropology Research Centre (MARC). Universitat Rovira i Virgili.
- Colectivo Minerva, integrado por Carmen Domínguez Alcón, Montserrat Busquets Surribas, Anna Ramió Jofre y Núria Cuxart Ainaud.
- Màrius Morlans, médico nefrólogo. Vicepresidente del Comité de Bioética de Catalunya.
- Iris Parra, enfermera. Investigadora predoctoral en la UAB.

- Bernabé Robles, neurólogo y miembro del CEA del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Profesor de Bioética en la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.

## Títulos publicados

### Cuadernos de Bioética

59. *La atención a las necesidades sociales y sanitarias, ¿sumamos o dividimos?*
58. *Salud pública y COVID*
57. *Ciudades que cuidan, también al final de la vida*
56. *La salud pública, el género y la ética*
55. *Soledad, envejecimiento y final de la vida*
54. *Sexualidad y diversidad funcional*
53. *Nuevos escenarios en salud e investigación clínica*
52. *Ética y promoción de la salud. Libertad-paternalismo*
51. *Una mirada ética en la gestión de conflictos*
50. *Pensar la maternidad*
49. *Publicidad y salud*
48. *Prioridades y políticas sanitarias*
47. *Ética y donación de plasma: una mirada global*
46. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?*
45. *CRISPR... ¿debemos poner límites a la edición genética?*
44. *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*
43. *¿Debemos revisar el concepto de muerte?*
42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*

10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

## **Informes de la Fundació**

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

## **Interrogantes éticos**

5. *Pedagogía de la Bioética*
4. *Repensar el cuerpo*
3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: [www.fundaciongrifols.org](http://www.fundaciongrifols.org)

FUNDACIÓ  
VÍCTOR  
GRÍFOLS  
i LUCAS



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA