



www.colegiodeemeritos.es

Correo: cle@colegiodeemeritos.es

DOCUMENTOS
DEL COLEGIO LIBRE DE EMÉRITOS

N.º 5

ASPECTOS MORALES Y ÉTICOS DE LA PANDEMIA COVID19

Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina

Profesor del Colegio Libre de Eméritos

Francesc Borrell Carrio

Profesor titular del Departamento de Ciencias clínicas

Grupo Comunicación y salud de España, SEMFyC

Nota: Este documento forma parte del proyecto de investigación y difusión del conocimiento propio del Colegio Libre de Eméritos que se titula: «La pandemia de coronavirus 19: un modelo comprensivo de interpretación holística». Si usted desea obtener gratuitamente la versión completa del proyecto e información sobre el resto de las actividades que se realizan dentro del convenio de colaboración entre Colegio Libre de Eméritos, Fundación Deliberar y Editorial Triacastela (CLEDET) puede hacerlo a través del enlace: <https://colegiodeemeritos.es>

Para más información: cle@colegiodeemeritos.es

© Colegio Libre de Eméritos (cle@colegiodeemeritos.es). Este trabajo puede ser reproducido, de forma íntegra o en adaptación revisada por su autor, tras comunicarlo al Colegio Libre de Eméritos.

Nos conocimos personalmente con Diego Gracia en el año 1999, cuando la Fundación Ciencias de la Salud puso en marcha un proyecto titulado «ética para clínicos». Desde entonces puede decirse que la relación con Diego ha sido constante, en el marco de la Fundación Ciencias de la Salud, la revista *Eidón*, o las actividades del Grupo Comunicación y Salud.

Diego Gracia irrumpió en el campo de la Bioética con su libro seminal, *Fundamentos de Bioética*. Personalmente no soy muy aficionado a leer los prólogos, pero en ocasiones dan claves necesarias para entender la trayectoria intelectual de los autores. Así, por ejemplo, en el prólogo de la primera edición de la obra mencionada (EUDEMA, 1989) afirmaba Diego: «hoy al final del siglo, los hombres hemos conseguido varios modos distintos de poner en peligro nuestra propia supervivencia. Uno de ellos es la energía atómica. Otro, la superpoblación creciente, que no podrá mantenerse mucho tiempo al actual ritmo». Y en el prólogo de la segunda edición (Triacastela, 2007), decía: «Debo confesar un pequeño secreto. Al componer (este libro) todo fue bien relativamente hasta que hube de enfrentarme a las éticas aparecidas a lo largo del siglo XX (...) La solución o lo que yo estimo por tal, la encontré años después de publicado el libro. Hoy pienso que el título más propio de las éticas del siglo XX, aquel que reúne no a todas, (...) pero sí a las más características, es de “ética de la responsabilidad”».

Los dos párrafos tienen una profunda conexión ante una pandemia que en parte se debe a un desequilibrio del ser humano con su medio natural, debido a conductas institucionales y personales irresponsables. De todo ello habló José Lázaro con Diego en otra entrevista, por lo que en la presente tengo el propósito de ahondar en aspectos directamente relacionados con la Bioética. La entrevista que sigue a esta introducción por desgracia no puede ser presencial, por efecto del COVID. Por fortuna el virus no ha entrado en nuestras casas, pero aún resulta complicado viajar y encontrarnos en una de estas cenas tan agradables, en las que hablamos de lo humano y muchas veces también de lo divino.

Francesc Borrell: Diego, buenos días. Celebro que el COVID haya respetado tus lares, como también los míos, y podamos charlar un rato sobre esta pandemia y las muchas reflexiones éticas que suscita. En tu libro de *Fundamentos*, Diego, anunciabas otro libro sobre ética clínica que según creo no acabaste de redactar. Sin embargo, como resultado del proyecto que iniciaste en 1999 y que mencionaba más arriba, publicamos en 2004 (Triacastela) *Ética en la práctica clínica*, un libro coral que introduce con fuerza conceptos novedosos pero que ya tenían cierto recorrido a finales del siglo XX, como limitación del esfuerzo terapéutico, el deber de no abandonar al paciente, uso racional de recursos, etc. Quisiera empezar esta conversación con una pregunta muy genérica, ¿crees que en los casi 16 años transcurridos la bioética ha calado en las profesiones sanitarias?

Diego Gracia: Yo creo que sí, y que un buen testimonio de ello lo constituye esta pandemia que nos mantiene encerrados. Como sabes muy bien, en ella han dado la vida 76 sanitarios y han padecido la enfermedad, por ahora, otros 48.320, prácticamente sin rechistar y sin escatimar horas ni esfuerzos, a pesar de haber carecido de medios adecuados de protección que otros les debían haber proporcionado. He dicho y escrito varias veces en estos días que nos han dado a todos un ejemplo admirable de ética profesional, que otras profesiones deberían imitar. Me refiero, por ejemplo, a los políticos, incapaces de reconocer sus fallos, que han sido garrafales, en un estúpido ejercicio de marketing que, llevado al extremo a que ellos lo llevan, no conduce más que a la desmoralización de la sociedad, convencida de que todo lo que viene de ellos es *fake news*. Si tuvieran una mínima formación, sabrían que el tipo de argumentos que utilizan de modo continuo y casi exclusivo en sus debates en el Congreso, en lógica se denominan *ad personam* o *ad hominem*, que no solo son incorrectos, sino que además definen a quienes los utilizan como sofistas. Pues bien, ese es el tipo de argumentos que en el Parlamento se utiliza continuamente, sin que a nadie se le caiga la cara de vergüenza. Como, además, eso es lo que las televisiones transmiten un día sí y otro también, resulta que es lo que nuestros niños y adolescentes aprenderán y acabarán considerando normal. Quienes desempeñan funciones públicas tienen la obligación de la ejemplaridad. Esto les debería haber llevado, por ejemplo, a devolver las dietas que recibieron por unos desplazamientos que no pudieron hacer en los meses de confinamiento, cosa que solo uno ha hecho. No, no todas las conductas son iguales. Los profesionales sanitarios creo que han dado una lección de ética profesional a la sociedad.

FB: La tarea de formación en Bioética ha sido notable, en las dos últimas décadas.

DG: Sí, pero tampoco hay que echar las campanas al vuelo. Ejemplo: lo que ha pasado con las residencias de ancianos. Por supuesto que esa catástrofe no se ha debido a los profesionales sanitarios. Pero de nuevo ha aparecido, también entre ellos, la tentación de seleccionar pacientes por un criterio tan aberrante e incorrecto como la edad. Esto fue frecuente hace décadas en los criterios de ingreso en las unidades de cuidados intensivos, pero era un tema que dábamos ya por resuelto, y que, con variantes, ha vuelto a surgir. La enseñanza de la ética en las facultades de medicina ya no es una «María», como se la denominaba despectivamente en mis años de estudiante, junto con sus otras dos compañeras, la educación física y la formación del espíritu nacional. Afortunadamente, ya no estamos ahí. El progreso ha sido indudable. Pero el cambio no es aún todo lo grande y profundo que necesita ser, entre otras cosas porque quienes hoy enseñan ética en las Facultades de medicina no han tenido una formación adecuada, y por tanto no enseñan lo que deberían enseñar. Por más que parezca fácil, esto de introducir una nueva disciplina en la formación es complicado, y se necesita tiempo. ¿Cuánto? Pienso que el de varias generaciones, puesto que hay que formar a los formadores. En este campo de la ética todo el mundo se cree con autoridad y formación suficiente como para enseñar, e incluso pontificar. Se mezclan cosas

diversas, confundiendo la ética, unas veces con la religión y otras con el derecho. Sin que falten, por supuesto, los tecnócratas, tan frecuentes en medicina, que piensan que, si saben actuar correctamente desde el punto de vista técnico, la ética no puede añadirles nada de valor. Así andamos.

FB: Hay cierta distancia entre saber bioética y aplicarla.

DG: Claro... La bioética, como la ética, es una disciplina práctica, que consiste en saber tomar las mejores decisiones posibles. No se trata de conocer teorías, o autores. Un erudito en ética es algo completamente distinto de una persona bien formada en ética, lo mismo que un erudito en cirugía es completamente distinto de un buen cirujano. Se puede saber mucho sobre Aristóteles, o sobre Kant, y no haber aprendido lo que constituye el alma de la ética, la toma de decisiones, el saber cómo debe analizarse una situación para tomar ante ella la mejor decisión posible. Este es el objetivo de la ética. Hace muchos años, cuando comenzamos la introducción de los Comités de Ética en los hospitales, en los que como es bien conocido tiene que haber como mínimo una persona ajena a las profesiones sanitarias (*lay member* lo llaman los anglosajones), se me ocurrió acudir a un colega y buen amigo mío, catedrático de ética en la facultad de filosofía, para que formara parte del Comité del hospital clínico de mi universidad. Nadie me pareció tan adecuado como él para ese puesto. Así que le fui a visitar, se lo comenté, y me respondió que no, que él a eso no se atrevía. Que él explicaba a sus alumnos las teorías éticas, pero que eso de tomar decisiones era una cosa muy distinta. No, no es lo mismo ser un erudito en ética que saber ética. Desde la Antigüedad se dice que la ética es una parte de la llamada «filosofía práctica», y la función de esta no es «saber» sino «hacer», en este caso concreto, «decidir» y tomar decisiones correctas.

FB: Según tú mismo afirmas no acabaste el proyecto que te propusiste en relación a la Bioética clínica.

DG: Tienes razón, no finalicé el proyecto que me propuse cuando escribí *Fundamentos de bioética*. El segundo volumen debía tratar los temas propios de la ética clínica: la relación sanitario-paciente, los conflictos tanto en el origen de la vida como en su final, las cuestiones de distribución de recursos, etc. Son tantos y tan importantes, y además los datos científicos evolucionan a tal velocidad en este campo, que decidí ir publicando artículos sobre problemas concretos, en vez de abordar todos en conjunto. Bastantes de esos textos los reuní años después, en 1998, en los cuatro volúmenes que, bajo el título general de *Bioética y vida: Estudios de bioética*, vieron la luz en la editorial El Buho, de Bogotá. En el primer volumen reuní los trabajos sobre *Fundamentación y enseñanza de la bioética*; en el segundo los relativos a *Bioética clínica*; en el tercero los que versaban sobre la *Ética de los confines de la vida*; y el cuarto los relacionados con *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. A ellos se añadió en 2004 un quinto

volumen, *Como arqueros al blanco*. 2004 es también la fecha de aparición del libro a que te refieres, *Bioética en la práctica clínica*, fruto de un trabajo colaborativo que tanto nos enriqueció a todos, y del que surgieron amistades muy queridas que duran hasta el día de hoy. Mis trabajos sobre ética clínica posteriores a esa fecha no están recogidos en forma de libro.

FB: ¿Hemos podido notar la impronta de la bioética en aspectos del cuidado de los pacientes, en momentos tan extremos como ha sido el pico de la epidemia?

DG: Las situaciones de crisis ponen a prueba los recursos de las personas. En esos momentos sale lo mejor y lo peor de cada uno. Y esto que se dice de las personas vale también para los cuerpos profesionales. Yo creo que en esta crisis los profesionales sanitarios han dado una gran lección de ética al conjunto de la sociedad española. Por supuesto que falta mucho por hacer. Nunca se puede estar satisfecho. Pero la respuesta de la profesión ha sido ejemplar, y así lo ha percibido la sociedad. En un mundo dominado por el marketing y la propaganda, donde la verdad parece haberse evaporado y todo son *fake news*, el dar un ejemplo de seriedad ante la vida como el que han dado los profesionales sanitarios creo que debe ponerse en valor. En medicina, la ética es un elemento fundamental, indispensable. No es un azar que ya en los mismos orígenes de la cultura occidental, los médicos elaboraran un código de ética, el juramento hipocrático, que ha servido de modelo para todas las demás éticas profesionales en nuestra cultura. Un gran historiador alemán, Edelstein, defendió la tesis, con muy buenas razones, de que el juramento había sido compuesto en una escuela médica de tradición pitagórica. Y los pitagóricos fueron uno de los grupos más creativos en los orígenes de la cultura occidental. Ellos, que además de grandes matemáticos y excelentes médicos fueron filósofos, nos enseñaron a todos que la filosofía es amor a la sabiduría, es decir, amor a la verdad, y que esto, la búsqueda de la verdad, no es un mero problema intelectual sino un modo de vida, casi una religión. Ellos nos ayudaron a tomarnos estas cosas en serio. La profesión no puede entenderse como un simple *modus vivendi* o un puro oficio sino como un auténtico estilo de vida. El término «profesión» es muy serio. Profesión significa consagración de por vida. Se habla de profesión religiosa, de profesión monástica, etc. La medicina es hoy una profesión laica, secularizada, pero con no menor implicación vital. Por eso el ser médico (y, por favor, lo que digo para el médico lo digo con igual fuerza para enfermería y otras profesiones sanitarias), imprime carácter, marca a las personas de por vida.

El debate de los riesgos en el ágora de una sociedad democrática

FB: Existe cierto consenso de que, en los países occidentales, (salvo excepciones como Alemania o Nueva Zelanda), subvaloramos el riesgo de la pandemia. La frase «es peor el miedo a la epidemia, que la epidemia en sí», era un motete repetido por muchos expertos. Las voces discrepantes fueron pocas y en todo caso no fueron escuchadas. Se había instaurado un cierto

«pensamiento único» en relación con la epidemia. En la actualidad personas que lideran sociedades científicas o grupos de trabajo de tipo salubrista, atribuyen la falta de previsión a una debilidad de las instituciones de salud pública, que no habría permitido un debate interno «a fondo». Es una manera de decir que las voces discrepantes tuvieron que callar para no confundir a la opinión pública. Sea como fuere, lo cierto es que las sociedades democráticas partían de una cierta ventaja en relación con las autoritarias, precisamente por la posibilidad de que voces discordantes advirtieran del peligro. Pero no fue exactamente así... Tenemos por consiguiente un problema político y ético. A nivel político reaccionamos a la discrepancia con mecanismos de exclusión y pensamiento único. Y tampoco la bioética se salva de este pavor hacia el que piensa diferente. Queremos seguridades, queremos evitar a toda costa tener miedo, queremos ver el futuro de color de rosa, necesitamos ser optimistas y nos agrada que todos pensemos más o menos igual... Los Comités de bioética, por ejemplo, suelen cooptar a sus miembros por afinidad ideológica. ¿Cómo manejarnos con las voces discrepantes en las sociedades democráticas? O mejor: ¿el ejercicio del poder, a cualquier nivel, nos hace ser menos receptivos a la discrepancia?

DG: Puede elevarse a la categoría de principio el hecho de que en cuanto uno se cree superior, empieza a cometer errores. Los psicoanalistas lo explicarán a través de su teoría del narcisismo. Pero el hecho es independiente de la explicación, que puede aceptarse, o no. Y lo malo es que se trata de un proceso inconsciente, que por ello mismo controlamos muy mal, o simplemente no controlamos. Una de las expresiones de esa superioridad es el sentimiento de invulnerabilidad. Los occidentales tendemos a pensar que eso de las epidemias es cosa del pasado, y que en el presente sólo pueden darse en el tercer mundo, en África o en Asia, como de hecho sucedió en 2002-3 con el SARS, o en 2013-14 con el ébola. Por otra parte, creemos que la vigilancia constante de la OMS hace que los brotes sean siempre muy localizados y que se evite la difusión global. Si a esto se añade la convicción de que tenemos sistemas sanitarios sólidos, o como hoy se dice, resilientes, se comprende que estemos convencidos de que no hay razones para el miedo y que podemos dormir tranquilos. Así ha pensado el occidental medio durante los primeros meses de esta pandemia. Estoy pensando en las personas sensatas, razonables y prudentes. Porque esos que los anglosajones llaman *big-mouth*, que tanto abundan en la clase política, van siempre más allá y se permiten decir una y otra vez que la población no debe preocuparse porque tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo. Cada vez que oigo esto, que es con frecuencia, me echo a temblar. Algo similar dijo un presidente del gobierno español a propósito de la banca, inmediatamente antes de la gran crisis económica y financiera de hace años.

Todo el mundo occidental se durmió en los laureles durante la primera fase de la epidemia, convencido de que esto no iba con él. La consecuencia es que se perdieron unos meses que luego han resultado irrecuperables. Hay un cuentecillo infantil francés que ilustra muy bien todo esto. El propietario de un estanque ve que ha crecido un nenúfar en él. La plantita tiene la característica

de crecer muy deprisa y doblar su tamaño cada día. A ese ritmo, cubrirá el estanque entero en 30 días, impidiendo en él cualquier otra forma de vida. Al principio la planta parece pequeña e inofensiva, razón por la que el propietario decide no cortarla hasta que no cubra la mitad del estanque. Eso sucede, obviamente, el día 29. Con lo cual al dueño no le queda ya más que un día para reaccionar, un tiempo muy inferior al que esperaba. El crecimiento exponencial le pescó desprevenido.

La literatura infantil, las fábulas de Esopo o de Samaniego, están llenas de historias de este tipo, que concentran la sabiduría de siglos. El problema es que los consideramos cuentos de niños que a nosotros, adultos occidentales, no pueden enseñarnos nada. Estamos al cabo de la calle de todo o de casi todo. Y así nos va.

En tu pregunta planteas otro problema de no menor envergadura. La cultura occidental parece haber llegado a la conclusión de que eso del altruismo es una ingenuidad propia del pasado. Ahora nos basta con la justicia. Este es el término llamado a resolver todos los problemas sociales y humanos. Ni que decir tiene que cuando alguien considera que merece algo en justicia, no lo pide, lo exige. Y como tendemos a considerar injusto todo lo que no nos viene bien o creemos que nos perjudica en algún sentido, resulta que la vida política se ha convertido en un puro juego de intereses. Todo aquello del «bien común» de los clásicos nos parece agua pasada. La política es un puro chalaneo entre intereses particulares. Por más que nos resulte escandaloso, no se la puede pedir más, porque tampoco es capaz de dar más. Véase, si no, lo que pomposamente proclama la teoría de la *public choice*, la auténtica biblia de cualquier político que no esté en la inopia (que también los hay) y quiera lograr el objetivo de todo político actual, la conquista del poder. Esto, que antes solo se atrevían a decir los grupos extremistas, tanto en la izquierda como en la derecha (un ideólogo de Mussolini, Curzio Malaparte, fundó una revista titulada *La conquista dello Stato*, que inspiró a Ramiro Ledesma Ramos para fundar entre nosotros el semanario *La conquista del Estado*), hoy lo manifiesta abiertamente cualquier politiquillo. Lo importante es hacerse con el poder. De eso va la política. Ni que decir tiene que en esa lucha saldrán vencedores quienes tengan en mayor grado lo que Nietzsche bautizó como «voluntad de poder». Que no suelen ser los más recomendables.

La pandemia nos hace evolucionar como sociedad... ¿a mejor?

FB: La contención de la pandemia gravita sobre las conductas individuales: ello implica que valores cívicos como cortesía, hospitalidad, solidaridad se vean reforzados o erosionados. Pero, además, como efecto espejador, la misma sociedad se empodera o se desvaloriza observando las conductas colectivas, es decir, sus propias conductas. Lo que se traduce en una pregunta muy sencilla, ¿estamos contentos con lo que hemos visto, estamos contentos con la respuesta que nuestra comunidad ha dado a esta emergencia? ¿Lo estás tú, Diego? Y, más en general...

¿saldremos mejores o peores ciudadanos?; ¿viviremos una reducción de la hospitalidad?; ¿nos vamos a sociedades más encerradas en pequeñas comunidades? En una palabra, ¿seremos menos cosmopolitas?

DG: Las situaciones de crisis sacan lo mejor y lo peor de las personas. En esta crisis, por ejemplo, los profesionales sanitarios han dado un ejemplo de profesionalidad, e incluso de heroísmo, que ya quisieran para sí muchas otras profesiones. Pero también sale lo peor. Ayer me enteré que solo un parlamentario ha renunciado a las dietas que se les asignan por unos viajes que no han hecho, habida cuenta de que estaban confinados en sus casas. La calidad de las personas se destaca en las crisis.

Preguntas si saldremos mejores de la crisis. Lo dudo. Todos tendemos a ver lo que ha pasado como un accidente desdichado, pero en cualquier caso fortuito, del que nos recuperaremos relativamente pronto y podremos volver a la situación previa. Tendemos a ver esto como una especie de pesadilla que pasará pronto y de la que poco después ya ni nos acordaremos: se recuperará el PIB, crecerá el empleo, volveremos a consumir cuanto más mejor y todo volverá a la normalidad, de la que no debía haber salido.

Yo no puedo ver todo eso más que como un inmenso error. Este no ha sido más que un aviso. Si no aprendemos, y mucho me temo que no lo haremos, vendrán otros, cada vez más graves. Hemos de convencernos de que el consumo por el consumo es una aberración mental que debería pasar a los tratados de psiquiatría, que estamos confundiendo continuamente lo necesario con lo superfluo y haciendo pasar esto por aquello, que una sociedad no es tanto mejor cuanto más elevado es su PIB, etc, etc. De esta crisis deberíamos salir con algunas lecciones aprendidas. Por ejemplo, que se puede vivir muy dignamente sin hacer tantos viajes inútiles, que la mayor parte de las cosas en que consumimos la vida no tienen sentido, que las hacemos las más de las veces para matar el aburrimiento que nos invade, etc. El llamado «primer mundo» debería reflexionar sobre la insostenibilidad de su tren de vida, que ha ido haciéndose más patente a medida que se ha generalizado, o, como se dice ahora, globalizado. Esta crisis es solo un aviso. Si no aprendemos, vendrán otros peores.

FB: ¿Hay razones para pensar que vamos a cambiar?

DG: Yo creo que no. Hace días leía un texto del filósofo alemán Max Scheler, escrito en 1917, inmediatamente antes de que finalizara la Primera Guerra Mundial. Esta guerra fue una catástrofe de tal categoría, que Scheler creyó que de ella Europa saldría arrepentida, transformada y renovada. El texto es largo, pero puede dar una idea de su contenido lo que se lee en su página final: «Es verdad que el desconcierto escéptico de esta civilización ante sí misma y sus creencias comienza a manifestarse al principio en silencio. Pero el grito de salvación se hará cada vez más fuerte y suplicante. En el corazón de esta civilización germina ahora ya una nueva voluntad de

penitencia y arrepentimiento, así como una profunda decepción por todo aquello que antaño ella adoró y por todo lo que inicialmente siguió con un ánimo tan triunfante. Después de la guerra, cuando los pueblos perciban solo poco a poco lo que han hecho, este germen se convertirá en una poderosa y ancha corriente que atravesará toda Europa, en una corriente de lágrimas. En efecto, el arrepentimiento es el único camino para la renovación, el camino para el nuevo nacimiento no solo de los individuos, sino también de la colectividad». A cien años vista de escrito este párrafo, hoy sabemos que la profecía de Scheler no solo no se cumplió, sino que cuatro lustros escasos después, Europa se enzarzará en otra guerra aún peor que aquella.

La legitimidad del confinamiento

FB: La virulencia de la pandemia ha obligado a medidas extremas de confinamiento que han cercenado derechos básicos de la ciudadanía. Para ello se han aplicado normas en su momento aprobadas por el poder legislativo y con consenso social. Sin embargo, algunas personas se han revelado contra estas medidas arguyendo objeción de conciencia. Para estas personas era preferible el riesgo al contagio al seguimiento de las normas de confinamiento. ¿Existe suficiente legitimidad ya no legal, (que si la hay), sino ética, para forzar a estas personas a confinarse? ¿Se puede defender la objeción de conciencia (objeción a las medidas de confinamiento) en el marco de una epidemia como la que estamos viviendo? Finalmente, se suele distinguir la legitimidad inicial de una medida como ha sido el confinamiento, del proceso posterior de aplicación de dicha medida. En este sentido las normas que han desarrollado este confinamiento y la posterior desescalada han recibido muchas críticas. Sin duda ha existido oportunismo político para erosionar al enemigo, pero quizás la deliberación que sustentaba estas normas ha sido excesivamente opaca para el gran público. Legitimidad inicial y legitimidad en la actuación posterior parecen ir de la mano de la transparencia de los procesos de deliberación, y cómo dicha deliberación se comunica a la sociedad. ¿Qué podríamos hacer mejor en una crisis futura para que la deliberación técnica, pero también ética, se pudiera encauzar hacia decisiones normativas (y políticas), y fueran mas transparentes para la sociedad? ¿Podemos dar por bueno el papel que han desarrollado instituciones como los Comités de Bioética?

DG: Lo que está pasando con el confinamiento es muy similar a lo que sucede en otras áreas desde hace tiempo. Pensemos en las vacunas. Es indudable que algunas pueden tener efectos secundarios en algunos pocos individuos, a veces tan graves o peores que la enfermedad que intentan prevenir. Es raro, pero no imposible. Si bien la vacunación tiene un indudable saldo positivo a nivel social o colectivo, en algún individuo concreto el saldo podría acabar resultando negativo. Y aquí viene algo muy peculiar de nuestra cultura liberal. Todo el mundo está encantado de disfrutar de los beneficios colectivos, que de ese modo se hacen también individuales, pero

nadie parece comprender que esos beneficios colectivos pueden hacer que en ciertas ocasiones debamos asumir la posibilidad remota de que el saldo individual pueda resultar negativo. Esto de tener que asumir males individuales por bienes colectivos ha sucedido siempre; por ejemplo, en las guerras y en cualquier otra situación que ha exigido prestaciones sociales obligatorias. Hoy, sin embargo, resulta inaceptable para la mayor parte de la población. Y aparece la figura conocida con los nombres de «gorrón» o «polizón», el que busca aprovecharse del bien colectivo hurtando su contribución individual. Las jugadas no pueden ser siempre del tipo *win-win*. También las hay de *win-lose*, y ambas hay que saber aceptarlas cuando se entra en el juego. Lo demás es hacer trampas.

El tema es enorme, pero quizá con otro ejemplo puede aclararse algo más. Llevamos décadas discutiendo si el Estado puede obligar a quienes viajan en automóvil a llevar puesto el cinturón de seguridad. Quienes le niegan ese derecho arguyen que caso de tener un accidente, quienes sufren o pierden la vida son ellos mismos. Al no tratarse de un acto transitivo, que dañe a otros, no se ve por qué el Estado tiene que intervenir en él y establecer prohibiciones. Lo que no se dice es que ese acto siempre tiene consecuencias a terceros y graves responsabilidades para el Estado, que, por ejemplo, deberá asegurar o proveer, en su caso, del cuidado sanitario de los heridos en el accidente. De nuevo estamos ante un juego en el que alguien trata de hurtar el cumplimiento de ciertas reglas básicas a las que explícita o implícitamente se comprometió al entrar en él. Por eso me parece que tampoco es de aplicación en estos casos la llamada objeción de conciencia. Ésta solo puede aplicarse a casos de conciencia, que atenten contra los deberes de conciencia de cada uno, y en los casos descritos no se cumple esta condición. La objeción de conciencia no puede servir para proteger conductas claramente tramposas o incorrectas.

Una relación asistencial que se desea «basada en el paciente»... Y que ahora mismo esta en serio peligro

FB: La epidemia ha impactado en muchos aspectos cotidianos. Uno especialmente significativo ha sido la relación asistencial. Se ha interpuesto un muro entre profesional de la salud y paciente, las visitas presenciales han sido substituidas por virtuales, la exploración física por técnicas de imagen u otras pruebas complementarias. Si antes de la pandemia ya resultaba difícil entrar en el mundo del paciente, ¡cuánto mas ahora! ¿Tenemos el riesgo de involucionar hacia un estilo de relación asistencial mas burocratizado y despersonalizado?

DG: Este es un buen momento para llevar a cabo un pequeño ejercicio de deliberación. Estamos ante lo que es usual llamar un «dilema», es decir, ante dos valores o bienes encontrados. Es obvio que el profesional debe proteger su salud, y también lo es que debe tener ante el paciente una

actitud lo menos burocratizada y más humana posible. La manera más rápida de resolver el conflicto es optando por uno de esos dos valores en juego. El médico, probablemente, tenderá a primar su seguridad personal sobre cualquier otra consideración. Esto explica que en las muchas epidemias que se han dado en la historia no hayan sido infrecuentes las huidas de los médicos, en un intento desesperado por ponerse a salvo. Entre otros muchos, un testimonio literario de esto lo ofrece la novela de Alessandro Manzoni, *I promessi sposi*. También se narra en la obra la actitud opuesta de los frailes capuchinos, que heroicamente atendían a los enfermos hasta morir con ellos. Ambos son cursos extremos de acción, que salvan un valor, pero a costa de lesionar el otro. Nuestra primera obligación moral no es ninguna de ellas, sino identificar el curso que realice más los valores en juego o los lesione menos. Hay muchas situaciones, como la que describes, en la cual los valores no pueden salvarse completamente. Por tanto, habrán de ceder algo, que siempre deberá ser lo mínimo, lo imprescindible. El profesional tendrá que atender al paciente, y a la vez deberá protegerse, aunque ello haga la relación menos humana y personal. La cosa se complica cuando tiene que atender a los pacientes, pero sin que le proporcionen quienes deben hacerlo las medidas adecuadas de protección; léase EPIs. Es lo que ha sucedido en esta pandemia. Y los profesionales han dado un enorme ejemplo a nuestra sociedad, asumiendo un riesgo generado por la incompetencia o imprevisión de otras personas.

El racionamiento vs. La proporcionalidad en el tratamiento

FB: Un debate muy vivo en cierto momento de la pandemia fue el acceso a las UCIs. En algunos lugares se aplicaron protocolos de triage supervisados por Comités de Bioética en los que se valoraban factores biopsicosociales. En otros se aplicaba una medida tan simple como «no se ingresa en UCI a pacientes de más de 70 años». Se ha denunciado que algunas residencias de ancianos tenían recomendado o quizá prohibido derivar pacientes al Hospital. Los médicos intensivistas han tenido que tomar decisiones muy duras, basándose en cálculos utilitaristas y otras veces deónticos. Estas decisiones en ocasiones fueron consultadas a Comités de Bioética, y, en todo caso, dichos comités emitieron documentos, que son públicos, relativos al acceso preferente de pacientes en momentos de escasez de plazas en UCI. Sin embargo, a nivel de opinión pública, se tiene la impresión de que se ha practicado cierto «ageismo», (o «edatismo»), o selección meramente por la edad del paciente, y se esgrime el derecho igualitario al acceso a recursos sanitarios, independientemente del contexto. ¿Podríamos decir que se trata de una vieja polémica entre consecuencialistas (utilitaristas) y principialistas, reactivada y actualizada en estas graves circunstancias? En todo caso parece como si un cálculo de utilidad fuera para muchas personas algo degradante y contrario a la bioética.

DG: En el tema de los ingresos en las UCIs me da la impresión de que se ha vuelto a repetir algo que fue frecuente hace algunas décadas, y que hoy parecía definitivamente superado. Me refiero a los criterios de ingreso en cuidados intensivos. En las primeras décadas de esas unidades, hace treinta o cuarenta años, no era infrecuente que los intensivistas rechazaran una petición de ingreso en UCI por la elevada edad del paciente. El tema se discutió mucho y poco a poco ese criterio se fue viendo como incorrecto y acabó abandonándose. Y se le puso el calificativo de «ageísmo», claramente peyorativo, como suele suceder en español con todos los sustantivos terminados en «-ismo». Ahora ha vuelto a surgir. Y de nuevo hay que decir que se trata de un criterio incorrecto. La edad no es un criterio de pronóstico clínico. En un caso como el que hemos vivido, en el que las necesidades de atención superaban con mucho la capacidad asistencial, es evidente que es preciso utilizar algún criterio de selección. Hay muchos: el primer llegado, el amigo, el próximo, el colega, quien pague más, etc. En medicina se considera, creo que con razón, que el único criterio correcto ha de ser el clínico, de modo que lo decisivo sea la condición fisiopatológica del paciente. Esto no solo hoy o en la presente situación, sino siempre. Lo peculiar de las situaciones de crisis, aquellas en que las necesidades superan a los recursos, es que en ellas hay que priorizar la atención a unos pacientes respecto de otros, puesto que no pueden ser atendidos todos a la vez. El criterio que se aplica en situaciones normales es el de atender primero a quien está más grave o necesita perentoriamente el recurso en cuestión, como por ejemplo, el respirador. En las situaciones de crisis ese criterio cede la primacía a favor de otro, que es atender primero a quien tiene más probabilidades de resultar beneficiado por el recurso (por no tener comorbilidades de infausto pronóstico, o patologías crónicas que harán muy improbable la recuperación, etc.). Esto es lo que desde el tiempo de Larrey, el cirujano de Napoleón en la campaña de Rusia, se conoce con el nombre de «triache». El triache, como todo en la vida, puede hacerse bien y mal. Y no estoy muy seguro de que en esta pandemia, incluso con la intervención de los Comités de Ética, se haya hecho siempre bien. Lo que se ha hecho con las personas internadas en residencias de ancianos es, simplemente, impresentable. Por otra parte, siempre debe quedar claro que el criterio de atender primero a quien tiene más posibilidades de beneficiarse del recurso, y no al más grave, solo es aplicable en situaciones críticas o de catástrofe, donde la desproporción entre recursos y necesidades es aplastante. En cualquier otra situación, ese criterio no es aplicable.

Las pruebas terapéuticas fuera de ensayo clínico

FB: Un aspecto poco debatido en la opinión pública es la ausencia de tratamiento eficaz. El tratamiento aplicado ha sido básicamente de soporte, preventivo, compasivo y paliativo. Sin embargo, también se han desarrollado muchos ensayos clínicos a doble ciego, (posiblemente nunca se habían iniciado tantos y en tan breve tiempo), de manera paralela a simples pruebas

terapéuticas no regladas. Un caso que ha merecido algunos titulares ha sido el de la hidroxiclороquina. ¿Es lícito en circunstancias como las que hemos vivido, realizar pruebas con medicamentos *off label* (compasivos), advirtiendo dicho carácter compasivo a pacientes y/o familiares? Un caso de éxito ha sido el uso de heparinas de bajo peso molecular, un uso que fue inicialmente compasivo pero que ahora tiene indicación basada en evidencia de calidad. Inicialmente estas pruebas terapéuticas fuera de ensayos clínicos se basaban en evidencias débiles o en modelos de enfermedad similares. Sin embargo, de la misma manera que se ahorraron fallecimientos o secuelas severas a sus pacientes, hubiera podido suceder lo contrario. Si aplicamos neutralidad epistémica, ¿cómo calificar la conducta de estos médicos a cargo de pacientes tan graves y sin evidencias de calidad para guiar sus decisiones? ¿Fueron quizás imprudentes pero responsables? Y en caso de que no hubieran utilizado ningún tratamiento innovador, (es decir, si se hubieran ceñido estrictamente a medidas de soporte), ¿podían haber sido prudentes pero irresponsables? ¿En qué consistía la conducta prudente y responsable en un contexto tan extremo?

DG: Creo que todos estamos convencidos de que el *gold standard* es el ensayo clínico, porque hoy por hoy es el método mejor de que disponemos para saber si un medicamento es eficaz y seguro. Un médico que ha prescrito cientos o miles de veces un medicamento a sus pacientes parece que debería saber por propia experiencia si lo que prescribe es eficaz o no. Y sin embargo, no es así. Yo pasé durante años una consulta de psiquiatría en la que recetaba con frecuencia un determinado antidepresivo. Un día cayó en mis manos un artículo del Lancet en el que se cuestionaba la eficacia y seguridad de ese medicamento. Ello me llevó a plantearme si yo tenía argumentos consistentes, basado en mi práctica, para refutar lo dicho en el artículo. Y con sorpresa tuve que responderme negativamente. Dar medicamentos cuya seguridad y eficacia no ha sido probada en una patología es pura medicina empírica, lo más opuesto que pensarse pueda a la medicina técnica o científica. Los médicos no somos curanderos, y por tanto tenemos que proceder conforme a las reglas del arte. Sigo escandalizándome cuando veo que en las oficinas de farmacia venden productos empíricos, como son los homeopáticos.

Lo anterior constituye la regla. Pero, de nuevo, se presentan situaciones excepcionales. Cuando la enfermedad es nueva, cuando no se conocen remedios eficaces y los pacientes están muy graves y en riesgo de morir, es evidente que utilizando ciertos principios, como los de analogía y semejanza, podemos utilizar, a la desesperada, productos que resultaron eficaces en otros procesos que tienen ciertas semejanzas con el actual. Es, de nuevo, medicina empírica, pero basada en algunos datos que van más allá del puro empirismo. En el caso de la hidroxiclороquina parece que el procedimiento no ha funcionado. Pero sí ha ido mucho mejor en los de la dexametasona y los anticoagulantes.

Anti-vacunas, pensamiento anti-sistema, redes sociales y *fake news*

FB: Existe un auge del pensamiento alternativo en todas sus facetas: interpretaciones apocalípticas de la pandemia, tratamientos esotéricos, movimientos redentoristas... Pero sin duda el mas preocupante es el auge de los anti-vacunas. Un problema que por cierto no tienen las sociedades totalitarias o autoritarias. ¿Cómo interpretas estos movimientos contrarios a la autoridad, en cierto modo contra-culturales, en un momento histórico en que la Ciencia se ha entronizado como referente de la Verdad? ¿Estamos preparados para asimilar verdades que a lo sumo son «probables», verdades llenas de matices, o verdades que en ocasiones aumentan nuestra percepción de vulnerabilidad? Lo cual nos lleva a cómo una sociedad democrática madura y tolerante debe tratar este tipo de movimientos anti-sistema, preservándose de los efectos mas perniciosos y educando para distinguir *fake news* y recomendaciones de salud sin base científica de las que sí están apoyadas por evidencias científicas. Pero estamos donde estamos, y hasta ahora ha sido posible respetar la voluntad de los anti-vacunas, pero ¿podría ocurrir que en un escenario futuro nos viéramos en la necesidad de obligar a todo el mundo a vacunarse? ¿Hay suficiente consenso moral para una medida tan extrema?

DG: Yo desconfío mucho de todo lo que se autodefine como «alternativo». ¿Alternativo a qué? Es frecuente, por ejemplo, hablar de «medicinas alternativas». ¿Son medicinas realmente alternativas a la medicina científica? Lo lógico es denominarlas «empíricas», no «alternativas», porque esto último es colocarlas al mismo nivel que la medicina científico-técnica, cosa que no son. Imagino que eso es lo que pretenden al denominarse de ese modo.

Mucho más sospechosa es la expresión «pensamiento alternativo». ¿Alternativo a qué? Supongo que a algo en concreto. Pero como no se especifica, hay que suponer que es alternativo a todo. Y eso tiene mucha probabilidad de acercarse peligrosamente a lo que describen los tratados de psicopatología.

Al tema de las vacunas ya me he referido antes. Los antivacunas se creen alternativos, cuando en el fondo no hacen otra cosa que radicalizar algunos rasgos que se encuentran en el mismo corazón de la cultura occidental: la concepción naturalista de la vida, el individualismo y la insolidaridad. Yo no lo veo como un mero problema intelectual o cultural, sino moral. Se trata de la incapacidad de asumir riesgos por los demás. Nos han educado en la tesis de que los intereses privados, o incluso los vicios, como defendía Mandeville, acaban generando, por la vía de la mano invisible de Adam Smith, el mayor beneficio público. Hay situaciones, bastantes, en que eso no es así. Y tengo para mí que este tipo de situaciones son un buen índice de la madurez moral de una sociedad.

La influencia de nuestro temperamento en las decisiones que tomamos en escenarios extremos

FB: Ya para acabar, es curioso como al final de una charla como la que acabamos de mantener sobre la pandemia, una charla con familiares o amigos pongamos en una sobremesa de domingo, siempre hay personas que necesitan decir algo así como, «saldremos de esta crisis reforzados», o bien, «esto es una primera advertencia, lo peor está por llegar», o incluso «este es el castigo por todo lo que le hacemos a la naturaleza». En otras palabras, siempre acaba asomando el optimismo o pesimismo que preside nuestras vidas. Esto me lleva a considerar la variedad de perspectivas con las que interpretamos la realidad. Sloterdijk tiene un libro titulado *Temperamentos filosóficos*, y antes que él, Bertrand Russell afirmaba que hay tantas filosofías o enfoques vitales como temperamentos. Para un profesional de la salud que afronta situaciones de tan estresantes como está siendo la pandemia, ¿puede ayudarle la bioética? En otras palabras, ¿interiorizar la bioética como ejercicio de empatía, de respeto a miradas diferentes a la propia, compensa o al menos atenúa nuestros sesgos temperamentales, nuestra tendencia a un optimismo fatuo o a un pesimismo destructivo? ¿O son tendencias tan innatas, tan en la urdimbre de nuestra manera de ser que siempre acaban aflorando?

DG: Los psicólogos nos han enseñado que las reacciones rápidas o inmediatas que tomamos los seres humanos están todas sesgadas. La emoción se dispara rápidamente, en tanto que la razón es lentísima en su funcionamiento. Y las emociones tienen además la característica de que son polares: o las personas nos caen bien, o nos caen mal; difícilmente nos caen regular. Amamos y odiamos, etc. Son reacciones espontáneas, y por lo general muy primitivas, casi animales. Los escolásticos distinguían, hace ya muchos siglos, dos tipos de actos en el ser humano, que llamaban «espontáneos» y «deliberados». Los primeros podemos afirmar sin miedo a equivocarnos que están siempre sesgados, aunque solo fuera porque son extremos. La razón, por el contrario, tiende al punto medio. Lleva a cabo una función muy parecida a la que los estadísticos llaman «regresión a la media». Cuando analizamos las cosas con calma, resulta que no son tan buenas, ni tan malas como nos parecieron al principio. De ahí la tesis clásica de que la emoción ciega, en tanto que la razón ilumina, aclara. No es que siempre sea así, pero es lo más propio de ella.

Fue Fichte el que dijo aquello de que «el tipo de filosofía que se escoge depende del tipo de hombre que se es». Esto llevó a Dilthey a distinguir algo así como tres tipos de filosofías o de temperamentos filosóficos. No todos somos iguales, lo cual es obvio. Pero si se llaman filosofías, es porque todas se proponen el mismo objetivo, la búsqueda de la verdad. Ese es el punto de convergencia. Al final de su libro *Cinco lecciones de filosofía*, escribió Zubiri: «Pensarán ustedes que los filósofos no se entienden entre sí. Depende de a qué se llame entenderse. Si por entenderse se quiere significar estar de acuerdo, evidentemente los filósofos no se entienden, porque no están

de acuerdo. Pero si por no entenderse se quiere significar no saber más o menos de qué se trata, entonces hay que decir que por el contrario, los filósofos son hombres que no están de acuerdo pero que en el fondo se entienden entre sí.»

FB: ¿Puede ayudarnos la bioética a entendernos entre nosotros, más allá de los prejuicios?

DG: Pienso que sí. Porque si de algo va, es de educarnos en la «deliberación», que es el medio de que nuestras decisiones sean, ya que no ciertas, de modo que podamos estar seguros de que no nos equivocamos, sí, al menos, «prudentes», que es lo único que puede exigírsele al llamado «razonamiento práctico». Esta es la lógica propia del razonamiento ético, y también del razonamiento clínico. De ahí mi idea, que intenté aplicar en mi Facultad de medicina, pero sin ningún éxito, de que la bioética debía enseñarse al comienzo de la formación clínica, integrada dentro de lo que entonces se llamaba, y no sé si sigue llamándose ahora, «patología general». El profesional que no aprenda a deliberar bien, no podrá ser un buen profesional, por mucha medicina que sepa. Sus decisiones estarán llenas de sesgos, que sufrirán sus pacientes.

Esto que digo de los profesionales de la medicina es generalizable al conjunto de las profesiones, pero sube en importancia cuando los valores en juego son los más estimados por los seres humanos. Es lo que hace tan especiales ciertas profesiones, como la juez o la de médico. Sus decisiones son de una enorme trascendencia. Como escribía ya el autor del escrito hipocrático *Sobre el médico*: «Las relaciones entre el médico y sus pacientes no son algo de poca monta. Puesto que ellos mismos se ponen en las manos de los médicos, y a cualquier hora frecuentan a mujeres, muchachas jóvenes, y pasan junto a objetos de muchísimo valor. Por lo tanto, han de conservar su control ante todo eso».

FB: ¿Deberíamos educar a los estudiantes de las profesiones sanitarias en la deliberación?

DG: Aún cabe ir más allá, y decir que la deliberación debería enseñarse desde la escuela primaria. No solo es el método de la ética sino del llamado «razonamiento práctico», el que utilizamos siempre en la toma de decisiones. Se nos educa en el razonamiento teórico, el propio de las matemáticas y la ciencia, pero no en el de la toma de decisiones prácticas, que son las fundamentales en la vida. Es un desastre. Esto lo vio ya Aristóteles, al que, por cierto, prácticamente nadie hizo caso. El resultado es que en la cultura occidental se llevaron el gato al agua los partidarios del razonamiento apodíctico, el único que se nos ha enseñado. Sólo últimamente han comenzado a cambiar las cosas, y no sé si a mejor. Un psicólogo, Daniel Kahneman, ha escrito un libro que conoces bien, *Pensar rápido, pensar despacio*, en el que describe los sesgos que cometemos al pensar rápido. Ni que decir tiene que el pensar rápido se identifica con lo que los escolásticos llamaban juicio espontáneo, y que el pensar despacio con el juicio deliberado. Con lo cual estamos redescubriendo la deliberación. Pero no nos emocionemos. A Kahneman, un psicólogo, le dieron el Premio Nobel en economía, porque enseñó a los

economistas los sesgos que cometemos los seres humanos al tomar decisiones espontáneas sobre qué comprar o no; sesgos que, naturalmente, ellos quieren utilizar en su propio beneficio. Con lo cual resulta que todo el trabajo llevado a cabo en estas décadas ha servido para conocer los sesgos de decisión y explotarlos mejor, pero no para promover la deliberación. Así estamos. Creo que la ética es una de las pocas disciplinas, si no la única, que busca educar en la deliberación. Cuando la dejan. Porque, según van las cosas, puede acabar desapareciendo de los planes de estudio primarios y secundarios. Una tragedia.

FB: Las sesiones clínicas, incluso en el sentido más clásico de las mismas, tienen un componente deliberativo.

DG: Desde luego. En las sesiones clínicas que tienen lugar diariamente en todos los servicios hospitalarios del mundo, los profesionales exponen sus distintos puntos de vista sobre casos clínicos que con frecuencia son de una extraordinaria complejidad. La formación y la experiencia de cada uno le hace ver ciertas dimensiones del caso que a los demás pueden pasarles desapercibidas o a las que no concedieron importancia. Es obvio que los casos no los ven igual los internistas que los cirujanos, ni los médicos de familia que los especialistas, ni tampoco el personal de enfermería igual que los médicos. Como decía un maestro mío, todo lo que descubre, encubre. Somos como máquinas fotográficas que enfocamos una parte de la realidad y dejamos todo lo demás en la penumbra. Como decía Ortega y Gasset, nadie tiene la perspectiva total, privilegio que reservamos para Dios. De ahí la necesidad de la deliberación, el método que desde los tiempos de Sócrates y Aristóteles se considera propio del razonamiento práctico, el usual en la vida, el que necesitamos para conducir un coche, pero también para tratar un enfermo o para tomar una decisión moral. He aquí otro de los agujeros negros de nuestra formación. Se nos educa para triunfar, pero no para deliberar. De hecho, en castellano no es infrecuente la idea de que esto de la deliberación no necesita aprendizaje, porque lo consideramos espontáneo en el ser humano, hasta el punto de confundir la deliberación con cualquier tipo de diálogo o intercambio de pareceres. Y no es eso. La deliberación es un procedimiento técnico que requiere un aprendizaje. En principio, nadie sabe deliberar correctamente, lo que Aristóteles llamaba «euboulía», buena deliberación, porque también la hay mala, que por desdicha es la más frecuente.

FB: ¿Por qué es tan difícil deliberar?

DG: Porque a todos nos gusta tener razón, y porque cuando alguien dice algo distinto u opuesto a lo que nosotros hemos opinado o defendido, inmediatamente nos cerramos en banda y pasamos al ataque, arremetiendo con armas y bagajes contra todo aquel que se permita disentir de nuestra opinión. Para deliberar es preciso ser capaz de reconocer que tener razón no es lo mismo que tener toda la razón, y que nuestro adversario no es nuestro enemigo. De hecho, es quien únicamente puede ayudarnos a enriquecer nuestra perspectiva, y de ese modo tomar decisiones más correctas.

Quien piense exactamente igual que nosotros, o quien actúe al dictado de lo que decimos o por obediencia ciega, no puede sernos de ninguna utilidad. Quizá ahora empieza a comprenderse que la deliberación es una fantástica escuela de humildad, a la vez que todo un ejercicio de autoanálisis. Es de una enorme ayuda en orden a reconocer nuestros propios límites. Y solo entonces podemos acercarnos al término de todo verdadero proceso deliberativo, que es la prudencia, la toma de decisiones prudentes. Prudencia es la toma de decisiones correctas en condiciones de incertidumbre, no de certeza. Siendo prudentes podemos equivocarnos. Pero nuestra obligación moral no consiste en no equivocarnos, sino en ser prudentes. Algo que parece elemental, pero que nos cuesta mucho aprender. Lo que nos pide el cuerpo es no equivocarnos, no ser prudentes. Una gran paradoja, como la vida misma.