



**MENSAJE PARA LA SEMANA SANTA DE JOAN MANUEL BAJO,
CONSILIARIO DE VIDA CREIXENT DE TORTOSA**

Buenos días Queridos amigos, en estos tiempos tan extremos que estamos viviendo, cuando los centros hospitalarios están desbordados, se dan situaciones especialmente delicadas y complejas. Las unidades UVI sin camas suficientes para atender a las personas que las necesitan. En esta situación ¿Quién ocupa una cama cuando queda libre? ¿Quién se queda fuera? ¿Cómo se decide quién y en qué orden pasaran?

Hemos escuchado muchas opiniones, pero para los profanos en la materia se nos producen serias dudas.

Gracias a Dios estas situaciones están estudiadas y perfectamente definidas.

Para poder entender con qué criterio se toman o se deberían tomar estas decisiones he recurrido a nuestro querido consiliario de Tortosa D. Joan Bajo que es máster en gerontología médica y psico-social.

Gentilmente Joan ha reflejado en el escrito que adjunto las razones que llevan a tomar las decisiones adecuadas en estos casos.

Muchas gracias, Joan por tu explicación que espero sirva para aclarar las dudas sobre esta situación tan delicada y sensible.

Hoy nos acompaña en las buenas noticias Mari Carmen Ribes presidenta de la Diócesis de Urgel con un precioso poema para el Sábado Santo.

Unidos en la Fe, con Espíritu de Amistad y Espiritualidad demos testimonio de la presencia del Señor en nuestras vidas.

Recibir un fuerte y fraterno abrazo.

Álvaro Medina del Campo
Presidente de Vida Ascendente



LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO NO TIENE EDAD

Juan Manuel Bajo Llauradó
Consiliario V.C. Tortosa

Master en gerontología médica y psico-social

Resuena en mi mente dos titulares aparecidos en la prensa de estos días con el monotema de la pandemia del “coronavirus” (Covid-19) que parece que han hecho saltar los resortes de alarma en la sociedad española y mundial, y de manera especial a la población mayor, que por cierto, es la gran mayoría: “*Filosofía holandesa ante el Covid-19: Llevar a los ancianos a morir al hospital es inhumano*” y “*Texas plantea arriesgar la vida de los ancianos para salvar la economía*” ambas noticias aparecidas el 27 de marzo. Nunca pensé que tuviera que reflexionar sobre un tema como el que nos acucia en estos momentos, solo había reflexionado sobre él desde la teoría en el momento de recabar información para la elaboración de sendos libros que traté el tema, sino de la humanidad que debe acompañar a la sociedad para con la gente mayor que con su entrega y esfuerzo han intentado dejar un mundo mejor que ellos habían encontrado y que esta pandemia está desechando de su atención, ya que una persona mayor con dicha patología y con las que puede arrastrar por el hecho de ser persona de riesgo por otras patologías adyuvantes que pueda tener, tiene que ser candidata a los escasos recursos sanitarios que existen (cama de UVI, respirador, desgaste profesional y de tiempo ante un paciente que difícilmente podrá resistir dicho cuadro patológico).

Ante esta realidad me llegué a preguntar quién es nadie para decidir quién debe vivir y quien morir sin dar oportunidad a la actuación, certera o no, de los medios físicos y farmacológicos de los que dispone la comunidad sanitaria en este último intento de recuperar la salud perdida de un ser humano. También se me antojó otro interrogante sobre el ofuscamiento de la sociedad ante la injusticia de ver personas de primera y personas de segunda ante el bien máspreciado del ser humano, el de la salud. ¿Qué mal han hecho las personas mayores para que no tengan el mismo derecho a la aplicación de remedios de contrastada eficacia de recuperación de su enfermedad, como a cualquier otro ciudadano?

No estamos hablando de teoría ética “buenista” sobre el grupo etario de los mayores, sino de una realidad que ante la escasez de recursos sanitarios, parece invocar el principio bioético de justicia, expresada y recogida en mi libro “*Reflexión ética de instituciones geriátricas*”, considerando dicho principio de bioética: “*La ética y la bioética tratan de defender al débil, al frágil al vulnerable, en definitiva, a las personas que por su situación personal requieren una mayor atención de la sociedad. A menudo la persona anciana, y la más anciana, el enfermo dependiente es esa persona débil, no como persona, sino en su posibilidad de mantener su vida diaria de la forma más óptima. A menudo ello requiere la utilización de recursos, y disponer o no de ellos es esencial para la vida de la persona anciana. Por tanto, la mayoría de acciones de cuidado que se emprendan también pueden considerarse como facilitadoras o no de justicia*” (pgn. 45).



Ante la magnitud de desborde de los recursos asistenciales y de recursos humanos que ha propiciado la expansión epidémica del Covid-19 hace que aflore otro problema que sigue a esta situación de crisis: que ante las afecciones y padecimientos que acontecen en la vida del individuo o de las colectividades están acechadas por la necesidad citada, bien precedente a la aparición de la crisis (falta de previsión y de acopio de recursos) o las provocadas por la misma. Esta realidad fehaciente es de capital importancia, pues nos lleva a constatar que, simultáneamente al proceso en que la salud se va deteriorando, también se van perdiendo si no están perdidos de antemano, los recursos necesarios (humanos y materiales) para tratar de recuperar de nuevo el estado de bienestar.

Este volver al estado de bienestar tan implorado se hace desde una mala interpretación y praxis del principio de justicia. Establecer prioridades a este principio es aplicar algún mecanismo de racionamiento que, en última instancia, selecciona a quien recibirá y quién no servicios que proporciona algún beneficio a quien los recibe. Esto se ha hecho siempre en todos los sistemas de salud aunque implícitamente. La novedad se encuentra en la necesidad reconocida de manera explícita y en la expectativa de su contribución a la reducción de la brecha entre la demanda y la oferta sociosanitaria, en este contexto caótico y sobrepasado de la pandemia del Covid-19.

Como se ha visto más arriba, a través del *principio de justicia* se pretende tratar a todas las personas con igual consideración y respeto en el orden social y no discriminarlas por ningún motivo, estableciendo la igualdad de oportunidades. Esto supone una distribución y accesibilidad de los recursos racional y equitativa. Los recursos, como ya se ha podido constatar, son limitados (falta de EPIs, mascarillas, camas de UVI, respiradores) y, por consiguiente, los límites en su distribución son moralmente justificables, pero la presión sobre los recursos determina difíciles problemas de armonización de calidad asistencial, eficiencia médica y justicia social (situaciones de estrés y mella psicológica en los profesionales ante esta situación y que han de tomar tan grave decisión de hacer el cribaje “triage”). Dicho concepto “triage” procede del lenguaje de la sanidad militar y viene a significar el hecho de tomar decisiones basadas en criterios técnicos y éticos puesto que la decisión de administrar unos recursos a unos pacientes lleva implícito el negárselos a otros (coste de oportunidad).

La realidad del colapso sanitario y de falta de recursos en esta pandemia mundial ha hecho cumplir la observación que apuntaba la ONU en su Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” (Madrid 2002): *“Las personas de edad pueden tropezar, por consiguiente con serios obstáculos financieros, físicos, psicológicos, lingüísticos y/o jurídicos para la utilización de los servicios de salud. Es posible, también, que deban hacer frente a la discriminación por la edad y la discriminación por discapacidades relacionadas con la edad en la prestación de servicios porque tal vez se considere que su tratamiento tiene menos valor que el de las personas más jóvenes” (nº 70 del Plan de Acción).*

Así las cosas no parece superfluo reafirmar que las personas mayores tienen el derecho a la atención médica y sanitaria de calidad que precisen, como cualquier otro ciudadano, como se desprende del propio Código Internacional de Ética Médica: *“el médico debe dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia*



profesional y moral, con compasión y respeto a la dignidad humana y debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos” (www.vma.net. Código Internacional de Ética Médica. Consultado el 06 de abril de 2020).

Atendiendo a estas recomendaciones debería extrañar que en la situación actual de la pandemia del Covid-19, surgieran voces como las señaladas al inicio del presente escrito que parece apuntar a un sesgo de la realidad asistencial a una parte importante de pacientes que sufren el azote de la pandemia: las personas mayores, que parece que estarían en situación de discriminación de recursos por razón de edad y no recibir la atención de calidad que se merece acorde a su dignidad de persona. A todos ellos, personas mayores, tanto en ámbito domiciliario como de centros gerontológicos deberían estar y vivir esta situación solo teniendo el pensamiento puesto en la recuperación o sanación de su realidad patológica y no tener que añadir el miedo y la incertidumbre a ser catalogados como “ciudadanos de segunda”.

Ante esta realidad han aparecido voces que llaman a la atención ante esta posible tentación, de que sobrevivan los que mejor puedan y que se queden por el camino los que no puedan continuar. Una de estas voces es la del *Comité de Bioética de España* en el *Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del Coronavirus (25 de marzo de 2020)* que refiere lo siguiente:

- *ningún protocolo de priorización puede ser interpretado o utilizado como un argumento para diluir la reflexión y deliberación ética que conlleva una toma de decisiones trágica como la que tiene lugar cuando los recursos son escasos y el contexto de máxima tensión (CBE, 9,3).*
- *Si bien en un contexto de recursos escasos se puede justificar la adopción de un criterio de asignación basado en la capacidad de recuperación del paciente, en todo caso se debe prevenir la extensión de una mentalidad utilitarista o, peor aún, de prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad. El término “utilidad social” que aparece en alguna de las recomendaciones publicadas recientemente nos parece extremadamente ambiguo y éticamente discutible, porque todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana (CBE, 9,6).*
- *El criterio de la edad solo puede ser empleado, pues, para priorizar, pero no para denegar o limitar la asistencia sanitaria y el recurso a determinadas medidas de soporte vital. Sin duda, la edad, como otras circunstancias, pueden incidir en el pronóstico clínico, pero en ningún caso pueden obviarlos. Es necesario valorar las circunstancias concretas de cada paciente, sin excluir a nadie a priori. La única posible excepción de discriminación positiva por la edad son los niños, como ya se ha explicado (CBE, 9,9).*

Otra voz que también se ha dejado oír es la *Pontificia Academia para la Vida* en una *nota sobre la emergencia Covid-19 bajo el título de “Pandemia y fraternidad universal”* del 30 de marzo de 2020, nos dice:

“En este panorama, se debe prestar especial atención a los que son más frágiles, pensamos sobre todo a los ancianos y discapacitados. En igualdad de condiciones, la letalidad de una epidemia varía según la situación de los países



afectados -y dentro de cada país- en todo lo que se refiere a los recursos disponibles, a la calidad y organización del sistema sanitario, a las condiciones de vida de la población, a la capacidad de conocer y comprender las características del fenómeno y de interpretar la información. Habrá muchas más muertes allí donde no se garantice a las personas una simple atención sanitaria básica en su vida cotidiana”.

[...] todas las opciones de “política de los cuidados”, incluidas las que están más estrechamente relacionadas con la práctica clínica. Las condiciones de emergencia en las que se encuentran muchos países pueden llegar a obligar a los médicos a tomar decisiones dramáticas y lacerantes para racionar los recursos limitados, que no están disponibles para todos al mismo tiempo. En ese momento, tras haber hecho todo lo posible a nivel organizativo para evitar el racionamiento, debe tenerse siempre presente que la decisión no se puede basar en una diferencia en el valor de la vida humana y la dignidad de cada persona, que siempre son iguales y valiosísimas. La decisión se refiere más bien a la utilización de los tratamientos de la mejor manera posible en función de las necesidades del paciente, es decir, de la gravedad de su enfermedad y de su necesidad de tratamiento, y a la evaluación de los beneficios clínicos que el tratamiento puede lograr, en término de pronóstico. La edad no puede ser considerada como el único y automático criterio de elección, ya que si fuera así se podría caer en un comportamiento discriminatorio hacia los ancianos y los más frágiles. Además, es necesario formular criterios que sean, en la medida de lo posible, compartidos y argumentados, para evitar la arbitrariedad o la improvisación en situaciones de emergencia, como nos ha enseñado la medicina de catástrofes” (P.A.V, 30-03-2020).

La *valoración moral de la justicia sociosanitaria* no puede olvidar como principios básicos que, en primer lugar, la persona mayor es “*persona*” y por tanto merece igual consideración y respeto que otra persona más joven y, en segundo lugar, que “*la vida*” es un derecho y un valor igual para todos los seres humanos con independencia de su edad.

Esta *justicia distributiva desde la perspectiva cristiana* que dejan entrever dichas referencias documentales destila el *principio de la solidaridad* como principio bioético, como instancia de referencia moral cuya pretensión sea la de asumir preceptivamente la función reguladora de las actividades humanas, de forma que pueda ser aplicada a cualquier persona o colectividades en situaciones similares, que es la de salvaguardar en cualquier circunstancia, “*la dignidad y los derechos*” de cualquier ser humano en sus relaciones personales o colectivas. Así, en esta situación de alarma pandémica del Covid-19 se deberán atender a las personas vulnerables y aquejadas por la patología del mencionado virus con los medios técnicos y clínicos de contención integrados en una vasta y profunda complicidad con el bien común, evitando la tendencia a la selección de sus privilegios en detrimento de los vulnerables en base a la ciudadanía, renta, política, edad... no caigamos en la influencia de la globalización, de la indiferencia, de la ya instaurada cultura del descarte, ni del tentado pensamiento de “descartados por selección” en esta tan peligrosa como devastadora sociedad de la resignación a dejar morir a los ancianos por el simple hecho de contraer el virus Covid-19, *porque la dignidad no tiene edad.*