

Informe y declaración de CíViCa sobre la pandemia ocasionada por el coronavirus SARS-Cov-2.

Propuesta de la Junta Directiva del 4 de junio de 2020.

CíViCa, Asociación de investigadores y profesionales, nació el 30 de mayo de 2009 para promover, difundir y defender el respeto a la vida y a la dignidad del ser humano desde la fecundación hasta la muerte natural. Entre sus objetivos está el de reflexionar e informar a la sociedad, con el apoyo de la evidencia científica, sobre aquellas acciones humanas que sean contrarias a la vida y las intervenciones médicas que atenten a la dignidad de los pacientes o supongan potenciales riesgos para la vida. Esta asociación, testigo de la rápida propagación en el mundo y en especial en España, de la enfermedad COVID-19 ocasionada por el coronavirus SARS-Cov-2, emite el siguiente informe con el deseo de contribuir a la comprensión y valoración bioética de este problema que afecta a la salud de todos los españoles.

En primer lugar, señalamos que ante todo la crisis ocasionada por la rápida expansión de la pandemia en España es una crisis de salud pública, no económica, ni educativa, ni social. Aun cuando estos aspectos deban ser tenidos en cuenta y afrontados con urgencia, la prioridad es de carácter humanitario en relación con la salud de las personas. Para ello, España cuenta con un excelente Sistema Nacional de Salud, que es de todos y para todos.

Como señala la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO (Paris, 2005) «*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*».

La constitución española en su Artículo 43 incide en lo mismo al señalar en sus dos primeros puntos: 1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.* 2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

Naturaleza del virus SARS-Cov-2 y de la pandemia de COVID-19.

El agente causante de la pandemia que se ha extendido por todo el mundo ocasionando graves problemas de salud para las personas es un coronavirus. Este nuevo virus está relacionado con el SARS-Cov-1 que causó el síndrome respiratorio agudo y severo (SARS) que apareció en la región china de Cantón y se expandió hacia el sureste de Asia en 2002, y también con el MERS-Cov, que produjo el síndrome respiratorio de Medio Oriente en 2012 llegando a causar un elevado porcentaje de muertes, y con otros coronavirus como los HKU1, NL63,

OC43 y 229E que se asocian con resfriados y enfermedades pulmonares más leves.

El nuevo agente es la causa de un nuevo tipo de neumonía de cierta gravedad, cuya aparición tuvo lugar en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan en el sureste de China. De ahí que a la enfermedad causada se la denomine COVID-19. Este nuevo coronavirus, denominado SARS-Cov-2, tiene una estructura genómica de ARN de unos 30.000 nucleótidos y una cápsula proteica caracterizada por la presencia de unas espículas, entre otras proteínas, frente a las que el sistema inmunológico humano reacciona creando anticuerpos para la eliminación del virus.

Según un trabajo publicado en *Nature Medicine*, el 17 de marzo, el análisis de los datos públicos de las secuencias del SARS-CoV-2 y los virus relacionados muestra evidencia de que el virus no es una construcción de laboratorio o un virus manipulado intencionalmente. La evidencia de evolución natural se basa en el estudio de la estructura molecular general de la columna vertebral del genoma del SARS-CoV-2. Los científicos encontraron que la columna vertebral del SARS-CoV-2 difería sustancialmente de las de los coronavirus ya conocidos y en su mayoría se parecía principalmente a la de los virus relacionados que se encuentran en murciélagos y pangolines.

El SARS-Cov-2 se caracteriza por su extraordinaria capacidad de infección, frente a la que existe una gran diversidad en la reacción de susceptibilidad y resistencia inmunológica por parte de la población. Los modos de transmisión confirmados de SARS-Cov-2 incluye gotas respiratorias y contacto físico, y el período de incubación de la enfermedad causada por el virus es de aproximadamente 3 a 7 días, pero puede llegar a 24. En muchos casos, la reacción inmunológica es suficiente para combatir al virus y el infectado es asintomático, por lo que sin saberlo puede ser transmisor de la enfermedad aun sin padecerla. En caso de tener síntomas, el debut clínico se hace con fiebre, tos seca, cefalea, mialgias, disnea y anosmia. En los casos más agudos, pasada una semana, se produce un progreso hacia una neumonía, caracterizada por una respuesta inflamatoria a una replicación viral masiva, que inunda los alvéolos pulmonares. El paciente se ahoga por su propio exudado inflamatorio pulmonar. Esta progresión normalmente tarda una semana, por lo que las decisiones hospitalarias deben esperar este tiempo para ver como cursa la enfermedad. En caso extremo se requiere de cuidados intensivos, con respiración mecánica. En estos casos la letalidad supera el 30%. Los pacientes con COVID-19 que se recuperan tras un ingreso en cuidados intensivos pueden desarrollar fibrosis pulmonar y otras neuropatías. Los efectos a largo plazo en la salud de COVID-19 aún se desconocen. Hay indicios de que no solo los pulmones, sino otros órganos, como el corazón, el riñón, el tracto gastrointestinal y el cerebro, pueden verse afectados como consecuencia de los trastornos de circulación. Esto está siendo objeto de investigación.

La inmunidad es muy variable. Los niños y jóvenes apenas presentan síntomas o, en caso de aparecer, se parecen a los de un cuadro de gripe. Los hombres son más propensos a la progresión del COVID-19 que las mujeres, aunque la diferencia no parece ser causada por tasas diferenciales de infección, sino probablemente por la acumulación de otras patologías. En adultos sanos de menos de 60 años los síntomas son más intensos que en los niños y jóvenes. Los síntomas se agudizan en las personas mayores de 60 años y en personas con otras patologías, afectando en mayor medida a las personas con diversas comorbilidades, como presión arterial alta, diabetes, cáncer, enfermedades pulmonares y cardiovasculares, etc.

Los test para identificar los casos de infectados, asintomáticos e inmunizados.

Los test que recomendó la OMS desde que asomaron los primeros casos de la pandemia del COVID-19 suponen una herramienta necesaria e inmediata para localizar a los infectados, y en consecuencia atenderlos y/o aislarlos en cuarentena. Frente al virus, las personas infectadas pueden mostrar síntomas o no, tratándose en ambos casos de potenciales transmisores a otras personas. La aplicación de una prueba de PCR (RT-PCR al tratarse de un virus con ARN) u otras pruebas serológicas, permiten detectar directamente los componentes principales del virus, el genoma o las proteínas virales, en la sangre, o en el exudado nasofaríngeo de los pacientes, lo que permite distinguir entre infectados, sintomáticos o asintomáticos y no infectados. Estos test son importantes con carácter preventivo al principio de la infección, o ante los primeros síntomas. Permiten tomar medidas preventivas y recomendar a los que den positivo guardar una cuarentena para evitar el contagio de otras personas y, en su caso, proceder a la curación en caso de aparecer los síntomas.

A los test de detección directa del virus se unen los test de anticuerpos, que sirven para descubrir la respuesta inmunológica que se genera en las personas infectadas, como reacción frente a los antígenos del virus. Las inmunoglobulinas, IgM al principio e IgG un poco más tarde, revelan la superación de la infección y por tanto una inmunidad por un tiempo previsible de meses o años. Si salen negativos, quiere decir que la persona no ha estado expuesta ni ha sido infectada, pero que debe tener cuidado en adelante para evitar el contagio.

Si siempre es mejor prevenir que curar, la aplicación masiva de los test de PCR ante la aparición de un brote suponen la mejor forma de acotar la expansión del virus. Permiten proceder al aislamiento en cuarentena de quienes dieran positivo y las personas con las haya podido contactar en los días previos a la aparición de los primeros síntomas, evitando que contagien a otras personas. En caso de que den negativo, quiere decir que la persona no está infectada, debiendo guardar todas las precauciones para no ser contagiado por otras personas.

Limitaciones de los métodos diagnósticos

Tanto los test RT-PCR que detectan el ARN del virus como los serológicos que identifican inmunoglobulinas específicas del tipo IgA, IgM e IgG, presentan limitaciones que es necesario matizar. La detección del ARN viral puede negativizarse en el exudado nasofaríngeo de pacientes infectados transcurridos los diez primeros días tras la infección, siendo detectable en el aspirado bronquial o en las heces. Del mismo modo pueden detectarse resultados positivos por esta técnica en pacientes ya curados, en cuyas células permanecen restos no infectantes del ARN viral una vez superado el proceso infeccioso, según han publicado científicos surcoreanos. Por su parte la detección de anticuerpos, si bien ofrece un alto grado de especificidad (muy escasos falsos positivos) tiene limitaciones en la sensibilidad (falsos negativos), fenómeno dependiente también de la distinta respuesta inmune de los pacientes infectados, que pueden llegar a producir anticuerpos, pero en niveles indetectables por estos métodos, tanto de inmunocromatografía como enzimoimmunoensayo. Por estas razones, la cifra de infectados calculada a partir de los resultados de estos métodos diagnósticos puede subestimarse. Tampoco se sabe hoy si pacientes que han estado expuestos al virus, pero con niveles indetectables de anticuerpos, presentan inmunidad ante una nueva exposición al virus.

Incidencia en el mundo y en España del COVID-19

Los datos de la pandemia son tremendos. A 4 de junio de 2020 la pandemia había alcanzado a 213 países y territorios, con un total de 6.597.348 afectados a nivel mundial, de los que 3.188.022 han superado la enfermedad (48,3 %) y 388.425 han fallecido (5,9 % mortalidad). El número medio de muertos por millón de habitantes en todo el mundo es de 39,9.

En España, las cifras son comparativamente peores. A 4 de junio de 2020, había 287.406 afectados, de ellos por encima del 60 % curados, y 27.128 fallecidos (9,4 %), aunque tanto el Instituto Nacional de Estadística (INE), como el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) elevan el número de fallecidos en España a unos 48.000. Esta discrepancia, tiene que ver con el modo de contabilizar a los pacientes, dado que por parte del Ministerio de Sanidad solo se contabilizan como fallecidos por el SARS-Cov-2 los pacientes que dieron positivo en las pruebas de PCR. De acuerdo con un estudio del INE, entre el 2 de marzo y el 24 de mayo de 2020, habían muerto en España 143.204 personas; mientras que en el mismo periodo de 2019 fallecieron 95.099. Un aumento en 2020 de 48.105 muertes, por lo que cabe establecer que la principal causa del crecimiento en los fallecidos haya sido la incidencia del virus.

De los fallecidos el 87% tenían más de 70 años y el 87% padecían al menos una enfermedad previa, según datos del ISCIII. Si nos atenemos a las cifras oficiales, el número medio de muertos por millón de habitantes en España sería de 580, cifra quince veces superior a la media mundial. Sin embargo, de tener en cuenta

la corrección que propone el INE, la cifra se elevaría a 1030, y España pasaría a ser el país del mundo con el mayor número de personas fallecidas por COVID-19 por millón de habitantes.

El dato del elevado número de recuperaciones, un 62,2 %, es superior al conjunto de la población mundial, lo que demuestra la profesionalidad, dedicación y alto nivel de la sanidad en España. A ello se suma, la decisión política, la movilización y el excelente trabajo de los médicos y personal sanitario que atendió los hospitales de refuerzo, como el de IFEMA, montado en la Comunidad de Madrid en apenas 48 horas, y otros en hoteles u otras dependencias en otras Comunidades Autónomas. Sin embargo, la rápida evolución de la pandemia con un elevado número de afectados y fallecidos, requiere un análisis detenido.

El primer caso de contagio por el SARS-Cov-2 en España tuvo lugar el 31 de enero de 2020. Se trataba de un ciudadano alemán, que junto a un grupo de amigos se alojaron en un Hotel de la isla de La Gomera. Su estado fue leve y su infección venía de Alemania donde, presuntamente, contactó con un infectado. Nueve días después se detectó otro caso de COVID-19 en Palma. El 24 de febrero el virus se manifestó en la península, apareciendo los primeros casos en las comunidades de Madrid, Cataluña y Valencia. El 3 de marzo, había más de 160 casos de infectados por coronavirus en España. En esa fecha, la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana señalaba que el total de casos de personas infectadas en Valencia ascendía a 29. Un paciente de 69 años, que había fallecido el 13 de febrero en el hospital Arnau de Vilanova de Valencia, se consideró el primer caso de fallecimiento por la pandemia del coronavirus en España. A partir de entonces la pandemia se extendió a una velocidad extraordinaria. El número de fallecidos por coronavirus se doblaba cada tres días. El 12 de marzo, ya había provocado 855 muertes a su paso. Una semana después, el día 26 ya eran 4.089 muertes.

Es importante señalar que para detener la propagación de la infección lo más urgente es detectar los brotes e identificar rápidamente a sus contactos, comprobar si están infectados mediante los test de PCR y en caso positivo proceder a su aislamiento en cuarentena. Sin embargo, en España se desoyeron los avisos reiterados de la OMS de enero y febrero y no se hizo caso a las noticias que llegaban de China e Italia. No se tomaron medidas y para cuando se quiso reaccionar era demasiado tarde para contener la crisis sanitaria de forma individualizada. Hasta el 14 de marzo no se declaró el estado de alarma, que incluía medidas de confinamiento general de la población.

Un informe técnico titulado “Nuevo Coronavirus 2019-nCov” fechado el 10 de febrero de 2020, elaborado por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y firmado, entre otros, por el Dr. Fernando Simón, portavoz del Ministerio de Sanidad para la pandemia, señalaba la contagiosidad y letalidad elevadas del SARS-Cov-2. Este documento

desaparecería de la Web del Ministerio de Sanidad tras declararse abiertamente la pandemia en España.

El 26 de abril, dos meses y medio después del primer fallecido en España y con una serie de incidentes, por errores en la adquisición y la falta de aplicación de las pruebas de PCR para detectar el virus en los miles de afectados, saltaba la noticia de un dato falso sobre el número de test realizados que ofrecía el Ejecutivo español a medios internacionales sobre el número de fallecidos y contagiados. En un intento de maquillar la lenta gestión inicial, se incluía la suma de los test de PCR –únicos válidos para la detección inicial de la infección-, con los de anticuerpos. Tras la rectificación de los datos oficiales por la OCDE, España bajó del 8º al 17º puesto en el ranking mundial de aplicación de test de detección del virus en la población, con una tasa de 22,29 test por cada 1.000 habitantes.

A fecha 4 de junio, con la pandemia en franco declive, siguen escaseando los test de PCR al tiempo que se asiste a un baile de cifras por la cambiante forma de contabilizar los afectados y fallecidos por las autoridades sanitarias españolas. Entre los afectados, por encima del 20 % -más de 50.000-, corresponden a personal sanitario, médicos y personal de enfermería, entre los que hay que lamentar el fallecimiento de 70 profesionales sanitarios por causa de la infección.

En un estudio realizado en la Universidad de Birmingham y publicado en la revista *British Journal of Surgery*, se registra un dato inquietante. Como un efecto colateral de la atención hospitalaria preferente a los afectados por el COVID-19 se indica el aplazamiento de casi 550.000 cirugías en España, lo que supone una espera por tiempo indeterminado para atender los problemas de salud de estas personas. De la actividad programada solo se siguieron atendiendo, casos urgentes, preferente de cáncer.

Responsabilidades políticas

Tras la exposición de los datos anteriores se pueden extraer múltiples consecuencias. El pasado 6 de abril, tras consultar al Comité Internacional de Bioética (CIB) y la Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y la Tecnología (COMEST), la UNESCO emitió una Declaración sobre el COVID-19, con el título de *Consideraciones éticas desde una perspectiva global*. En la misma empieza diciendo que una perspectiva de bioética y ética de la ciencia y la tecnología, arraigada en los derechos humanos, debería desempeñar un papel fundamental en el contexto de esta complicada pandemia. En tal sentido propone un diálogo interdisciplinar entre los agentes científicos, éticos y políticos y recomienda a los gobernantes de las naciones una preocupación especial por establecer una inmunidad colectiva, basada en conocimientos y prácticas de carácter científico y sólido. Añade que esto debe ser objeto de un examen ético muy prudente, teniendo en cuenta su repercusión en la cifra de casos potencialmente letales y en las condiciones insostenibles desde el punto de vista

médico debido a la falta de disponibilidad de instalaciones de cuidados intensivos.

La sorprendente rapidez con la que se expandió la pandemia puso a prueba la capacidad de los gobiernos del mundo para hacerle frente, partiendo del hecho de que se trata de una pandemia ocasionada por un nuevo agente patógeno del que se desconocía todo hasta su aparición. Sin embargo, desde los primeros brotes en Wuhan, desde donde se expandió pronto por China, Corea del Sur e Indonesia, hasta la llegada a España, tras su aparición en Italia, transcurrió tiempo suficiente para conocer la elevada capacidad de infección del SARS-Cov-2, y estar razonablemente advertidos y preparados. La explosiva tasa de infectividad y letalidad en España nos indica hasta qué punto no se actuó con la debida diligencia, como si se hizo en otros países.

En España, se actuó tarde y se minimizaron los riesgos. El Dr. Fernando Simón, llegó a decir que se trataba poco más o menos que de una gripe y que solo afectaría a unos pocos casos. Contradictoriamente el propio Dr. Simón había firmado un documento del 10 de febrero del CCAES que alertaba de los riesgos de la pandemia. Se perdieron unas semanas preciosas a pesar de las repetidas advertencias de la OMS y de la Organización Médica Colegial española, y se tardó en reaccionar, desatendiendo la debida previsión de medios para paliar las deficiencias de nuestro sistema de salud, que se vio desbordado ante la rapidez de la infección colectiva. No se habían previsto las necesidades de una pandemia de las características del COVID-19, ni se había dotado a su debido tiempo de los medios humanos y materiales necesarios para atender a la salud y seguridad de las personas y de la sociedad. Faltó diligencia para identificar los primeros brotes, adquirir y aplicar los test de PCR para aislar a los afectados y sus contactos. Tampoco se previeron las necesidades de mascarillas, batas desechables, gafas y demás medios de protección del personal sanitario, así como camas, respiradores y unidades de cuidados intensivos suficientes para hacer frente a la pandemia. La dispersión del sistema de salud en España, hizo que no hubiese la deseada coordinación en la adquisición de los medios necesarios, llegando a cometerse errores en parte debido a la urgente necesidad de dotar de medios a los centros de atención sanitaria.

El informe de la UNESCO señala también que las políticas que no se basan en conocimientos y prácticas de carácter científico y sólido no son éticas, ya que van en contra del esfuerzo por generar una respuesta contra la pandemia. Un comité científico adecuado a las necesidades del momento debe estar compuesto por expertos microbiólogos, epidemiólogos, inmunólogos y médicos especialistas en enfermedades infecciosas y las principales especialidades relacionadas con su tratamiento. Sin embargo, en España nunca se ha querido hacer pública la composición e identidad del comité que asesora al ejecutivo, del que se desconoce su experiencia y competencia en los campos anteriormente indicados.

A pesar de que a primeros de marzo ya estaba abiertamente declarada la presencia del virus en España, se admitió y alentó la celebración de actos multitudinarios, como las manifestaciones del 8 de marzo, y otros eventos políticos, deportivos y sociales. Esas concentraciones de personas sin ningún tipo de protección trajeron un agravamiento de la pandemia. Además, el Gobierno de la nación, del que es portavoz el Dr. Simón, tardó más de diez días en tomar medidas de prevención. Hasta el día 14 de marzo, no se estableció el estado de alarma, con el confinamiento generalizado de la población española. Sin duda, la única solución posible en ese momento para frenar la ya imparable expansión de la epidemia.

El estado de confinamiento general afectó a los centros de investigación, incluidos los de la investigación biomédica, con todo lo que supone el no poder utilizar los termocicladores que existen en muchos laboratorios, con capacidad para hacer miles de análisis de PCR por personas de experiencia sobrada. De este modo, se desestimó el trabajo de muchos investigadores que podrían haber hecho un enorme servicio a la sociedad frente al COVID-19.

Al no haber test suficientes, la mayoría de la población sigue desconociendo si ha sido o no infectada por el virus meses después de su aparición en España, y si, de haberlo sido, está inmunizada. Esto es increíble en un país con una sanidad de primera línea mundial, cuyo prestigio conseguido por nuestros sanitarios a base de un esfuerzo de decenios, con éxitos notables en los trasplantes, donaciones de órganos, cardiología, oncología, oftalmología, etc., se ha visto deteriorada a nivel internacional.

Responsabilidad del sistema sanitario

La UNESCO, en su Declaración del 6 de abril con relación a la pandemia, señala la especial responsabilidad de los trabajadores sanitarios de tratar y cuidar a los pacientes. Es evidente que en España el personal sanitario ha estado a la altura de las circunstancias con los medios de que disponía, con una dedicación y un sacrificio personal que raya en la heroicidad, hasta la pérdida de la salud e incluso la vida de muchos de ellos. La elevada tasa de curación de muchos pacientes es la mejor prueba de su buen hacer. ¿Qué no hubieran hecho de haber contado con los medios necesarios?

Un capítulo oscuro dentro de la atención a los pacientes de COVID-19 que se acumulaban en los servicios de urgencia de muchos hospitales en los días iniciales de la pandemia, es la presión a que se vieron sometidos los médicos para atender a tanto paciente con medios insuficientes, lo que obligó en muchos casos a establecer prioridades. Algunos médicos se vieron desbordados por falta de respiradores u otros medios, y no pudieron atender a algunos enfermos –caso especial de los ancianos en las residencias de mayores-, con consecuencias de fallecimiento de muchos de ellos. Este hecho no debe pesar en la conciencia de

los médicos o sanitarios o quienes tomaran las decisiones de a quien atender, sino en la de las autoridades sanitarias que no previeron las necesidades mínimas necesarias en las semanas previas a la aparición de la pandemia en España.

Responsabilidad de los ciudadanos.

A los ciudadanos, destinatarios de los cuidados y medidas de prevención de su salud, les corresponde seguir las normas de aislamiento para no exponerse al contagio, ni contagiar a otros. El confinamiento obligatorio desde el 14 de marzo de la población española ha supuesto la interrupción de la vida laboral y profesional de muchas personas, con consecuencias económicas y laborales muy graves y, aunque desde el principio hemos señalado que la pandemia del COVID-19 es fundamentalmente de carácter sanitario, no se pueden despreciar sus consecuencias y deben ser atendidas en cuanto ceda la evolución de la pandemia en España.

Nada que objetar a la medida del confinamiento en casa cuando la epidemia ya se expandía de forma desenfrenada. Sin embargo, esto se podría haber evitado, cómo se evitó en Corea del Sur, Alemania o Portugal, por poner ejemplos de países en que se procuraron medidas preventivas efectivas a su debido tiempo. Sin embargo, hay que constatar dos hechos. En primer lugar, la resignación y paciencia seguida por los ciudadanos, demostrativa del grado de madurez y concienciación de los ciudadanos españoles ante la pandemia. En general los ciudadanos han seguido de forma ejemplar el confinamiento en casa y las normas de protección para evitar el contagio de otras personas. En segundo lugar, la efectividad de la medida, ya que el confinamiento ha supuesto la reversión de la pandemia desde la implantación del estado de alarma.

Sin embargo, el confinamiento general es una medida que plantea el problema del desequilibrio entre la defensa de la salud colectiva y los derechos individuales a las relaciones familiares y personales, así como a la libre circulación de los ciudadanos. La restricción del contacto entre las personas supone una sobrecarga importante en la vida de cada individuo y una cierta deshumanización. Esto se ha hecho patente en capítulos tan sensibles como la atención a los mayores, el estrato más vulnerable frente al COVID-19, y la asistencia a los afectados en aislamiento en los hospitales, incluidos los que ingresaban en cuidados intensivos, en grave peligro de muerte. En estos casos ha fallado el acompañamiento por familiares y personas allegadas, y la atención espiritual en la situación crítica de riesgo cuando por razones humanitarias se hacía más necesario el acompañamiento o la despedida final.

Además de las consecuencias en la vida laboral, el confinamiento de toda la población tiene otros efectos colaterales. Supone una interrupción en el ritmo de la educación de los niños y los jóvenes, desde la escuela a la Universidad, con previsibles consecuencias en su formación o en sus expectativas de futuro. Afecta

a las personas dependientes, a los más vulnerables, a los discapacitados y a las personas de edad que se encuentran en las residencias de mayores, que han visto disminuida su atención con consecuencias para su salud.

Responsabilidad de los medios de comunicación

La información que llega a los ciudadanos a través de los medios de comunicación debe ser veraz, oportuna, precisa, clara, completa y transparente. En la era de los múltiples medios de comunicación audiovisual, prensa escrita, redes sociales y periódicos digitales, una información pública adecuada, exenta de bulos y falsas noticias, cumple una función clave en la orientación del compromiso social de las personas. El objetivo debe ser el de crear una conciencia social necesaria para que los ciudadanos afronten el reto de la pandemia con conocimiento de causa, sin caer en el alarmismo ni restar importancia a la gravedad de la situación.

Aspectos bioéticos y conclusiones.

Del análisis de la evolución de la pandemia del COVID-19 en España se pueden extraer las siguientes consideraciones éticas y conclusiones.

a) Respecto a la responsabilidad política.

- Es importante que la toma de medidas se ajuste al conocimiento científico y a la realidad de los hechos, acompañando las decisiones de los poderes públicos de una labor de pedagogía que permita a la sociedad tomar conciencia de la gravedad de la situación y conocer las razones y criterios sobre las que se asientan sus decisiones. Para conseguir este objetivo es necesario que el Poder Público goce de credibilidad, asentada en un asesoramiento científico avalado por expertos epidemiólogos, microbiólogos y médicos de las especialidades relacionadas con la pandemia y con un portavoz que transmita con honestidad y transparencia los datos y decisiones que se adopten. Los ciudadanos tienen derecho a conocer la identidad y competencia del comité que asesora al Gobierno en la toma de decisiones.
- La falta de diligencia inicial ante la rápida expansión del COVID-19 en España, la falta de previsión de medios para atender a los enfermos y proteger al personal sanitario, los cambios de sistemas de contabilidad de los enfermos y fallecidos, la ocultación de informes, la inexcusable desatención de las advertencias sobre la peligrosidad de la pandemia, etc., ponen de manifiesto los intentos de manipular a la opinión pública, por parte de las autoridades políticas con el apoyo de determinados medios de comunicación.
- Con intención dolosa o sin ella, es de toda evidencia que la lucha por evitar la extensión de la pandemia puede utilizarse para aumentar el control e

intervencionismo estatales en la vida privada de las personas, imponiendo una injerencia absolutamente intolerable, con vulneración del derecho a la libertad, y a la intimidad personal y familiar, reconocidos en el artículo 1.1 y 18.1 de la Constitución Española, respectivamente. Sin consentimiento de los titulares de estos derechos naturales son inadmisibles artilugios electrónicos de rastreo personal o localización. El Poder Público no debe poder saber en todo momento dónde se encuentra un ciudadano, qué está haciendo o con quién se halla.

- De igual modo, resulta inaceptable que, so pretexto de evitar hechos o palabras que estimulen la desazón o el pánico en la población, se restablezca la censura pública –contra el art. 20 de la Constitución Española- sobre las opiniones que los ciudadanos puedan manifestar y hacer públicas, en cualesquiera medios de comunicación, acerca del modo de combatir la pandemia, el suministro de recursos materiales, la actuación pública respecto de los diferentes profesionales de la Sanidad, las consecuencias lesivas de aquélla y, en general, acerca de cualesquiera juicios de valor sobre causas, efectos o modos de tratar la pandemia, salvando, como es natural, los límites normales establecidos en la Ley al ejercicio del derecho a la libertad de expresión.

b) Respetto a la gestión de los recursos del sistema de salud.

- La pandemia ha puesto en evidencia los riesgos de falta de coordinación de las distintas administraciones del disperso sistema sanitario español. Ante situaciones extremas como la que estamos viviendo y la perspectiva de su repetición en un futuro en España, se hace necesario estar más vigilantes y atender las advertencias de los organismos internacionales, coordinar y unificar las compras de los materiales necesarios para reforzar los servicios de urgencia, atención primaria y especialmente las unidades de cuidados intensivos, previendo con tiempo las necesidades de camas, respiradores, test y demás materiales sanitarios, suficientes para atender a todos los ciudadanos que lo precisen.
- En el mismo contexto de dotaciones debe tenerse en cuenta de forma preferente el cuidado de las necesidades de los médicos y personal sanitario. Es fundamental la provisión de los medios de protección personal a los médicos y sanitarios, como mascarillas, pantallas faciales, gafas, batas y guantes desechables. El cuidado de los cuidadores es esencial para hacer frente a una pandemia con unas características de contagiosidad tan elevadas como la que plantea el COVID-19.
- Respetto a la protección de las personas ante la aparición de nuevos brotes, es fundamental poder tener a disposición de los afectados test de RT-PCR para confirmar la infección. Del mismo modo, se debe hacer una investigación de los contactos que en los días previos haya tenido cada

afectado y aplicarles test de detección del virus. En los casos en que estos test den positivo se debe proceder a la atención sanitaria caso de mostrar síntomas y al aislamiento en cuarentena, incluidos los asintomáticos. El confinamiento de la población en casa es una medida extrema que no debe adoptarse salvo cuando el número de afectados se eleva a proporciones que ya no pueden controlarse de forma individualizada.

- En ningún caso, es moralmente justificable la realización de prácticas de priorización de los pacientes en función del orden de petición de asistencia o el de llegada a los servicios de urgencias hospitalarias, ni la edad, discapacidades, ni la aplicación de criterios de utilidad social. El sistema sanitario español es de todos y para todos. Todos los pacientes tienen que ser atendidos por ser iguales en dignidad.
- Ante el caso extremo de una medicina “catastrófica” como el causado por la pandemia del SARS-Cov-2, el principio de justicia, ha motivado que en algunos hospitales, los médicos hayan tenido que desistir del tratamiento a muchos pacientes que, en otras circunstancias, hubieran sido recuperados de haber contado con recursos suficientes. El criterio de priorización a los pacientes con más posibilidades de supervivencia y con menos secuelas previsibles es, en principio, el menos malo, a pesar de que se adopta una decisión de doble efecto, por la que morirán pacientes que hubieran podido sobrevivir tras tomar la decisión selectiva, pero a la que se ven abocados como la única posibilidad existente, sin alternativas. Esto debe ser evitado, y hubiera sido evitado, de contar con los medios humanos y materiales suficientes para hacer frente a la pandemia.
- Establecer expectativas de vida a corto plazo es aceptable incluso para no caer en la obstinación terapéutica. Pero establecer límites a medio plazo, o hacer valoraciones bajo la exclusiva impresión clínica es inadmisibles, como lo es la aplicación de sedaciones dolosas excesivas para acelerar la muerte de los pacientes, lo que dada su intencionalidad se convertiría en una práctica eutanásica.
- No es admisible la paralización de la atención a los enfermos con otras patologías de carácter urgente, relegados para la atención al COVID-19. La paralización de miles de operaciones quirúrgicas solo sería justificable ante el desbordamiento del sistema sanitario causado por una pandemia tan contagiosa como la del SARS-Cov-2. Una vez superada la atención urgente a la salud de los enfermos con coronavirus, el descenso de los casos de la pandemia debe ir acompañado de una vuelta a la normalidad en la atención de los pacientes crónicos o con otras patologías.

c) Respecto al comportamiento de los ciudadanos.

- Las medidas de confinamiento y aislamiento de las personas, son necesarias si la pandemia se hace incontrolable, como ha sucedido en España a partir

de la segunda semana de marzo. Sin embargo, se debe evitar una prolongación excesiva de esta situación por las consecuencias que tiene para la vida laboral, económica y social, así como por las secuelas psicológicas que se derivan de un aislamiento prolongado, especialmente en los casos de las personas mayores. El confinamiento debe ser reemplazado por el uso de mascarillas, lavado frecuente de manos y medidas de distancia social que, de ser cumplidos con rigor, ejercen los mismos efectos de evitación de la propagación del virus entre la población. Los ciudadanos, en general, han cumplido con paciencia y responsabilidad este tipo de medidas, creándose una conciencia moral ejemplar a pesar de que el confinamiento se ha prolongado de forma excesiva e innecesaria.

- De cara al futuro y hasta no se regularice la situación de riesgo de surgimiento de nuevos brotes, deben seguir evitándose las grandes concentraciones de personas en espectáculos, celebraciones, manifestaciones y otros acontecimientos similares. El fomento del teletrabajo, la educación on-line y las videoreuniones son una buena opción para evitar el contacto físico que daría oportunidades al virus de contagiar a más personas, pero deben ser sustituidas por la normalidad en cuanto se den las circunstancias del descenso de contagiosidad.

d) Respecto a la atención de los pacientes en situación extrema.

- Un enfermo necesita vivir el afecto de un ser querido para su curación, es parte del tratamiento. Hay evidencia científica y es una de las premisas de la medicina psicosomática que la carencia de afecto disminuye la inmunidad. Si a una persona sana se la aísla acaba enfermando. En este sentido CiViCa se adhiere al oportuno informe del Comité de Bioética de España del 15 de abril, sobre *“El derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con Covid-19”*, en el que se afirma: *«Se debe estudiar el modo de permitir el acceso de, al menos, un familiar, sobre todo, en los momentos de la despedida. Si es importante la toma periódica de las constantes de un paciente adoptando las máximas medidas de protección por parte de los profesionales, no hay duda de que procurar el oportuno acompañamiento de un ser querido en el momento de la muerte, así como el apoyo espiritual o religioso cuando lo soliciten, es un esfuerzo a todas luces justificado y un acto superior de humanización».*

e) Respecto a los datos derivados de la atención de los pacientes

- Como dato de especial interés por lo que ya se conoce de la infección por el SARS-Cov-2, es importante tener presente la llamada “regla 3+7” –

contagiosidad 3 días antes de los síntomas y 7 días después del inicio-. En ese periodo los infectados pueden transmitir el virus a otros.

- Debe fomentarse la aplicación de test rápidos y seguros que permitan detectar el virus y los anticuerpos. Estos tipos de test que podrían ser hechos con muestras nasofaríngeas, fruto de investigaciones recientes, estarán pronto en las farmacias, permitiendo un diagnóstico y un control eficiente de la infección.
- Una vez curados, casi todos los pacientes habrán desarrollado anticuerpos. De este modo, la protección inmunológica es segura para quienes dieron positivo en los test de inmunoglobulinas IgM e IgG por un tiempo que se estima en 2-3 años. En este período no cabe esperar una nueva infección con el SARS-Cov-2. Este hecho se deduce de la experiencia con otros coronavirus humanos. Según esto, hay argumentos y tiempo para la deseada vacuna inmunoprotectora, aunque tarde más de un año.
- Para cuando estén disponibles las vacunas es de desear su aplicación a toda la población, lo que es responsabilidad tanto de las autoridades sanitarias como de los ciudadanos. Se entiende que existe un deber de vacunación cuando la situación sanitaria lo requiere, como es el caso de una epidemia de la alta contagiosidad del SARS-Cov-2, y un deber de cada persona ser vacunada para su propia defensa y la de otras personas. Sin embargo, ante las campañas de algunos sectores de la sociedad contrarios a la vacunación, debe proporcionarse información y explicarse con claridad la necesidad de la vacunación colectiva. En caso de una campaña de vacunación de toda la población, los costes no deben recaer en los ciudadanos sino en el sistema de salud pública, que deberá asumir la responsabilidad del acopio de vacunas suficientes para obtener la inmunidad de la población para su aplicación con la periodicidad que las investigaciones sobre sus efectos recomienden.
- Otro dato de interés es el del grado de prevalencia del virus en la población. En España, se han dado a conocer los resultados preliminares del estudio ENE-COVID-19, que incluyen el análisis de la presencia de anticuerpos en más de 60.000 personas distribuidas por todo el país. La prevalencia global ha sido del 5,2 %, aunque en algunas zonas, como Madrid, es superior al 11 %, y en la provincia de Soria se alcanza el 14 %. Esto demuestra que una gran proporción de la población española es susceptible de ser infectada ante una nueva oleada del virus.
- Con la experiencia adquirida se van acumulando datos sobre aspectos muy importantes del SARS-Cov-2, del que se desconocía prácticamente todo en el momento en que hizo su aparición. Es importante fomentar la investigación científica de cara a nuevas posibles oleadas del mismo agente infeccioso.
- Los datos médicos de la respuesta a los tratamientos y evolución de los afectados son de un gran interés para encarar futuras situaciones. Por ello.

es muy importante el respeto riguroso a los datos, y la posibilidad de compartirlos y utilizarlos para hacer frente a nuevas oleadas de la pandemia. A tal efecto, se ha de contar con el consentimiento informado de los pacientes, la encriptación de los datos personales, mediante su seudo anonimización y el compromiso de respetar la confidencialidad y derecho a la intimidad por parte de los responsables sanitarios e investigadores.

f) Respeto a la investigación biomédica en relación con COVID-19

- La UNESCO en la declaración del 6 de abril de 2020, en relación con la pandemia ocasionada por el SARS-Cov-2 a nivel global, señala la importancia del fomento de la investigación biomédica para la obtención de fármacos y vacunas para el tratamiento de la enfermedad COVID-19.
- Todas las investigaciones que se practiquen deben ser avaladas experimentalmente y dadas a conocer a la comunidad científica en coordinación con las organizaciones internacionales previstas por la Organización Mundial de la Salud, como el sistema “Solidaridad” que permite unificar esfuerzos para comparar los tratamientos desarrollados en varios países.
- La transparencia, el intercambio de datos y el hecho de compartir los beneficios resultantes de la investigación para todos los seres humanos, deben reconocerse como valores centrales para combatir la pandemia. Las publicaciones científicas relacionadas con la enfermedad COVID-19 deben ponerse a disposición de todos mediante su libre acceso como un imperativo ético relacionado con la salud pública.

Madrid, 4 de junio de 2020.