



## **INFORME DEL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DE MENSAJEROS DE LA PAZ MURCIA EN RELACION A LOS CONFLICTOS ETICOS RESPECTO A ATENCION PRESTADA A LOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID19**

### **Miembros:**

Carmelo Gómez Martínez (presidente)

Antonio José TorranoCandel (vicepresidente)

Jorge Moreno Molina

Inmaculada Martínez Escámez

Pedro Manuel Sánchez García

Dolores Castejón Robles

Pilar Romero Mateo

Juan Dionisio Avilés Hernández

Agustín García Belzunce

### **Asesores externos:**

Rosa López Mongil

Jose Antonio López Trigo

Carmen García Sánchez

Murcia 1 de Abril de 2020

## **INFORME DEL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DE MENSAJEROS DE LA PAZ MURCIA EN RELACION A LOS CONFLICTOS ETICOS RESPECTO A ATENCION PRESTADA A LOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID19**

Estamos viviendo tiempos muy difíciles en nuestro país como consecuencia de la pandemia por coronavirus. Las dimensiones de los daños causados en todos los niveles de la sociedad son catastróficas y presumiblemente perdurarán en el tiempo. La lucha contra el Covid-19 conlleva importantes repercusiones éticas en el abordaje sanitario de la enfermedad. Diferentes puntos de vista en cuanto a la manera de afrontar situaciones críticas con el fin de salvaguardar la salud de las personas, como son el desabastecimiento de material sanitario de protección, la escasez de pruebas de diagnóstico o la falta de medios técnicos altamente especializados, entre otros, han dado lugar a posturas no siempre alineadas con lo que desde este comité entendemos que debe ser la defensa de la vida, la dignidad de las personas mayores y la salvaguarda de valores y principios éticos.

Durante estas semanas hemos sido conocedores de otros informes de diferentes entidades tal que sociedades científicas, comités de ética de asistencia sanitaria, comités hospitalarios de bioética, e incluso el esperado informe del Comité Nacional de Bioética. Los primeros suelen circunscribirse a la manera de proceder en la selección de pacientes beneficiarios prioritariamente en el uso de las unidades de cuidados intensivos. Aunque cabe señalar la relevancia de determinados documentos, como el del Comité de Ética Asistencial Sanitaria del Hospital de la Paz, que ayudan a clarificar ideas y cursos de acción posibles.

El presente informe obedece, principalmente, a la necesidad de proporcionar una orientación, desde un punto de vista ético, en relación a los cuidados que se deben procurar a las personas mayores que viven en residencias durante el tiempo que estarán sometidas a las medidas de carácter excepcional durante la pandemia por coronavirus.

Para ordenar nuestras argumentaciones este informe trata únicamente las situaciones más urgentes de abordar, a saber, en relación a los criterios de selección de pacientes en las unidades de cuidados intensivos, a los criterios utilizados para la derivación hospitalaria de pacientes que viven en residencias con probable o confirmado diagnóstico de Covid-19, a los criterios utilizados por la administración pública para la distribución equitativa de recursos materiales y por último, a los criterios éticos a tener en cuenta en la prescripción de las medidas de aislamiento y confinamiento dentro de las residencias de personas mayores. En cualquier caso, esperamos que las argumentaciones esgrimidas puedan servir de guía de cara a dilucidar el mejor curso de acción ética posible ante potenciales situaciones de complejidad no reflejadas en este informe.

### **La residencia como contexto ético particular**

Con carácter general hemos de resaltar favorablemente las argumentaciones de los diferentes planes regionales de actuación sanitarios en el abordaje de la pandemia por coronavirus, promovidos por la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Región de Murcia, derivadas muchas de sus medidas de las distintas y numerosas recomendaciones emitidas por el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España. A pesar de ello hemos de señalar que algunos de sus puntos más críticos son difíciles de interpretar e integrar en el funcionamiento habitual de una residencia de personas mayores. La causa entendemos que es la enorme discrepancia conceptual entre estamentos asistenciales con más diferencias que similitudes, estos son el hospital y la residencia, o lo que es lo mismo la atención puramente sanitaria y la social, respectivamente.

Asumimos que tal y como refiere Puyol González, citado en el informe del Comité Nacional de Bioética, *“la bioética está, por tanto, plagada de este tipo de lecciones trágicas donde cualquier decisión sobre la distribución de recursos afecta de manera sustancial a la vida de las personas pues la elección no resulta ser entre un mal y un bien sino entre dos males”*. Es fundamental la correcta interpretación de las acertadas palabras de González, pues en definitiva en cualquier decisión de estas proporciones, en el complejo contexto sanitario actual, estaríamos hablando de la solución menos mala entre dos posibles que no son las mejores disponibles. Partiendo

de esta referencia y esta llamada a tomar cursos de acción intermedios siempre que sea posible vamos a centrar nuestro informe en el contexto asistencial de la residencia de personas mayores. Insistimos que nuestra intención no es criticar sin sentido determinados posicionamientos o planteamientos sino aportar luz a la hora de buscar este punto medio en el curso de acción posible, aunque esto suponga reflexionar acerca de dichos planteamientos o posicionamientos.

El bien común derivado de los principios éticos de beneficencia y solidaridad son necesarios para garantizar que la sociedad en su conjunto no se vea perjudicada por la infección y propagación del Covid-19, que complementariamente haría alusión al principio de no maleficencia. También cuando hablamos de los cuidados a realizar a las personas mayores que viven en las residencias. Sobre estos principios fundamentales se articula todo un sistema de provisión de medidas para proteger a las personas de los efectos devastadores de la infección.

Se requieren medidas excepcionales de choque en determinados momentos, que limiten las libertades individuales con el objetivo de conseguir el bien común. Y es aquí donde en no pocas ocasiones los principios inicialmente complementarios de beneficencia y no maleficencia, se oponen por las diferentes interpretaciones que se da de otros principios fundamentales como son los de equidad y solidaridad. Intentaremos aclarar la contextualización de dichos principios en el entorno residencial y a continuación entraremos a exponer las situaciones concretas y más complejas.

### **El riesgo de la vulneración del derecho ético de equidad y justicia**

La mejor manera de prevenir situaciones en las que tengamos que enfrentarnos con conflictos éticos a la hora de proporcionar equitativamente cuidados a las personas mayores es proveer al sistema sanitario y social de todos los recursos materiales y humanos necesarios para garantizar un cuidado apropiado, incluidos test diagnósticos, material fungible y desechable, y circuitos de diagnóstico y tratamiento bien definidos.

Ante esta situación preocupa en gran medida la reciente resolución del Servicio Murciano de Salud por la que se establecen medidas en relación con los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la pandemia originada por el

Covid-19; en esta medida, que asumimos que persigue organizar la provisión de recursos humanos y materiales a los centros residenciales, existe una especial circunstancia como es la adjudicación y reparto de dichos centros por áreas de salud; las recientes experiencias de los directores de las residencias evidencian que hay criterios desiguales entre las diferentes áreas de salud, de modo que la atención y la organización será más o menos diferente en función del área de salud donde se encuentre ubicada la residencia. Esta es la realidad. Este hecho, si bien no está teóricamente contemplado por el Servicio Murciano de Salud en la citada resolución, ya se está produciendo de modo que los recursos y esfuerzos dedicados a los mayores no siguen el principio ético fundamental de la equidad.

Llamamos la atención a dicho Servicio público para asegurar, mediante los mecanismos de control que considere oportunos, que éticamente no se vulnere el principio ético fundamental de beneficencia y el criterio de bien común, así como el de equidad en la provisión de recursos. Lo apropiado o no de las intervenciones vendrá determinado por el tipo de cuidado que se le debería haber proporcionado a la persona si no hubiera estallado la pandemia, y no se dispusiera de recursos escasos. No podemos confundir la excepcionalidad de determinadas medidas con un enfoque edadista de los cuidados, pues pasado este periodo excepcional, se correría el riesgo de prolongar determinadas corrientes de opinión y pensamiento y formas de actuar con los mayores basadas en normas excepcionales en lugar de los procedimientos habituales.

La mera existencia de un recurso social como es la residencia supone la atención directa de sectores poblaciones especialmente más sensibles como el de las personas mayores vulnerables, ya sea por el padecimiento de patologías que merman ostensiblemente su capacidad funcional o cognitiva, la necesidad de cuidados especializados o bien por estar en una situación de desprotección social fundamental (soledad). La creación y gestión de estas instituciones, ya sea tanto por entidades públicas como privadas, y su desarrollo normativo, aunque antiguo y asincrónico, constituye un excelente ejemplo de solidaridad y muestra del intento de satisfacer un principio ético básico como el de proporcionar el bien común. Todas las personas deben ser cuidadas independientemente de sus condiciones físicas, sociales, psicológicas, sociales y espirituales. La dignidad que caracteriza a cada persona humana requiere los

mismos esfuerzos en el abordaje de todos los casos por igual. Esto no supone la provisión del mismo tratamiento ni de las mismas medidas, puesto que ello sería incompatible con la individualización de la atención, pero garantiza la misma preocupación por conseguir el mejor resultado, desde el punto de vista ético.

### **En cuanto a la escasez de recursos**

En relación al racionamiento de bienes materiales ya sea del tipo que fuere, no puede entenderse alineados con un correcto proceder ético, pues la provisión de recursos humanos y materiales debe primar en momentos como el que desgraciadamente vivimos, en el que corre peligro la salud y la vida de muchas personas.

Corresponde a los poderes públicos dotar a la estructura sanitaria, pública y privada, de todos los recursos necesarios y suficientes para proporcionar la asistencia sanitaria adecuada, como es el caso de la provisión de recursos materiales de prevención, de pruebas diagnósticas suficientes, tanto a personas mayores como a los que les cuidan, así como otro tipo de recursos materiales imprescindibles para asegurar la salud de las personas que les cuidan diariamente.

### **En relación a la edad como criterio de selección**

Una interpretación inadecuada de lo que se entiende como bien común, cuando los recursos son escasos, no puede dar como resultado, en ningún caso, la exclusión de ninguna persona del sistema de provisión de atención y cuidados, tampoco de los más vulnerables como son las personas mayores que viven en residencias. La edad, como también la raza, sexo o credo religioso no pueden ser criterios objetivos a la hora de elegir quien puede usar un servicio sanitario, o su contrario, esto es, quien no puede ser beneficiario del mismo.

En este sentido nos sorprende la argumentación, definitivamente dudosa por la escasez de fundamentación ética, del informe del Observatorio de Bioética y Derecho de Cataluña. En ese documento se refiere muy concretamente a la edad avanzada como un criterio de exclusión “objetivo”, en relación al supuesto uso de los servicios procurados en las unidades de cuidados intensivos. Particularmente, hemos de referir que algunas tablas proporcionadas a modo de anexo de dicho informe refieren el “haber

desarrollado la mayor parte de su proyecto vital”, la “menor probabilidad de supervivencia”, “las estancias más prolongadas” o “la menor ganancia de años ajustados de vida por calidad” como justificación para utilizar la edad como criterio para racionar el ingreso en la UCI hospitalaria. Dichas expresiones siguen claramente un planteamiento utilitarista muy contrario a principios éticos fundamentales.

Siguiendo el argumentario del Informe del Comité Nacional de Bioética entendemos que la bioética debe proporcionar un marco de reflexión y deliberación con el fin de adoptar las decisiones éticamente correctas, buscando el justo punto de equilibrio entre el interés colectivo y la dignidad del ser humano. Alineados con su postura, entendemos que solo la autoridad sanitaria es la competente constitucionalmente a la hora de suspender derechos fundamentales como el reflejado en el artículo 43 de la Carta Magna, en relación a la protección de la salud de todos los ciudadanos. Las sociedades científicas no tienen atribuidas esas funciones y por ello no pueden poner en marcha ni promover determinados procedimientos de manera particular con aspiraciones a ser universalizables.

### **En relación al uso sistemático de índices y/o tablas como herramientas de cribaje**

En esta línea argumental y debido a la diversidad de situaciones y matices que pueden darse en la práctica asistencial entendemos que ningún protocolo puede ser extrapolable de manera mecánica a todas las personas y circunstancias sin la debida deliberación ética previa y justificación clínica, si procede. Por este motivo debemos advertir de lo ambigua que puede resultar la información aportada por determinados índices y tablas, reflejados en los planes de actuación, como criterio objetivo de selección de personas mayores con posibles, probables o confirmados casos de Covid-19, con el fin de decidir su derivación hospitalaria, o no, desde la residencia.

La utilización de criterios objetivos de derivación es una tarea difícilmente alcanzable en un entorno como es la residencia. Las personas que ella viven padecen en numerosas ocasiones patologías que si bien merman su capacidad funcional (principal causa de que ingresen en una residencia) no afectan en modo alguno su atribución más preciosa tal que sujetos éticos: la dignidad. Cada persona es portadora de una historia de vida, es el resultado dinámico de la interacción de diferentes dimensiones durante su

trayecto vital; por ello, en la toma de decisiones no podemos reducir a la persona a una mera interpretación actual de circunstancias mórbidas ni la potencial esperanza de vida con ellas relacionadas. La utilización exclusiva de criterios objetivos basados en índices o tablas es una simple reducción de la dignidad humana. A modo de ejemplo nos consta de la existencia de índices que cuentan entre sus variables el padecimiento de una demencia, tener más de ochenta y cinco años o estar viviendo en una institución, entre otras.

Padecer una demencia en general no puede ser tomado como un criterio objetivo. Y esto es así por la variabilidad clínica de las diversas enfermedades incluidas dentro del macro grupo denominado “demencias”. Hay varios tipos de demencias, con diferentes evoluciones y diferentes pronósticos. No puede ser considerado igual una persona en estadios iniciales e incluso moderados de una enfermedad neurodegenerativa que otra de tipo vascular estabilizada en su evolución; a pesar de ello, incluso en las demencias neurodegenerativas la inclusión en el estadio avanzado-severo, según la Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS) no nos orienta en cuanto a su pronóstico en menos de un año, pues en este estadio hay personas que pueden vivir hasta 12 años. Análogamente tener más de ochenta años es un parámetro que discrimina en una sociedad cuyos avances científicos van encaminados desde hace décadas a alargar la esperanza de vida de las personas. Por ello, es paradójico, cuando no cínico, el hecho de que tener más de una determinada edad pueda ser un factor negativo a la hora de ser beneficiario de los recursos sanitarios aun estando en momentos de grave crisis sanitaria, y la consecuente escasez de recursos materiales.

Además, resulta a todas luces incomprensible que la institucionalización se maneje como un parámetro a tener en cuenta a la hora de calcular con relativa sensibilidad y especificidad la esperanza de vida a un año; más si cabe cuando estas medidas excepcionales están siendo tomadas en una institución como es la residencia de personas mayores. Éticamente no está justificado el uso de índices que al menos aparentemente penalizan a los mayores por vivir en una residencia, independientemente de otras variables pues con esta medida se promueve un acceso desigual a los recursos sanitarios dependiendo del lugar de residencia de las personas mayores vulnerando el principio ético de Justicia. El simple hecho de tener incluidas entre sus variables y



parámetros aspectos como los reflejados más arriba desacredita el uso de este tipo de índices, al menos como factor a tener en cuenta a la hora de decidir la provisión de recursos sanitarios como los de hospitalización.

La incorporación de los cuidados paliativos como alternativa a la hospitalización puede generar una tendencia a la “paliativización” sistemática del paciente geriátrico de residencia. Esta circunstancia, posteriormente, podría influir negativamente en la planificación de determinadas líneas terapéuticas a realizar en personas mayores que viven en residencias, e incluso a su exclusión automática del sistema sanitario de carácter especializado, con lo cual se vulneraría el principio de equidad, y con este el de beneficencia.

En cualquier caso, determinados planes de acción complementan la información aportada por estos índices con una deliberación “clínica” entre todos los miembros del equipo sanitario, entre los que debe estar el personal sanitario que atiende habitualmente al paciente en la residencia. Esta circunstancia también reflejada y recomendada por algunos comités de ética, como el del Hospital La Paz, remarca la relevancia de la toma de decisiones teniendo en cuenta los valores del paciente y sus familiares. Por ello, instamos a que se inicie un diálogo real entre los agentes sanitarios y sociales implicados en las decisiones importantes, sobre todo aquellas que conciernan a la interrupción de maniobras de RCP, ingreso en UCI o la derivación hospitalaria en pacientes mayores afectados según criterios de posibilidad, probabilidad o certeza de padecer Covid-19.

### **En relación a la toma de decisiones**

Recordemos que el conocimiento científico por sí solo no es suficiente para ayudar a los pacientes. Ante cualquiera de estas circunstancias lo éticamente recomendable sería seguir lo establecido por el Comité Nacional de Bioética el cual refiere explícitamente que “*la primera decisión será abstraerse, por unos segundos del contexto, y contestar a la pregunta de ¿qué haría en un contexto de normalidad?*”. Tal y como interpretamos tras el estudio del informe del Comité Nacional de Bioética la atención a las personas debería hacerse en función de la patología que sufre en el momento actual, esta es la infección por coronavirus, y que potencialmente pone en serio riesgo su vida y el

pronóstico vital de determinadas enfermedades que ya padecía. En esta misma línea argumental el criterio de la edad debería utilizarse exclusivamente para priorizar, pero nunca para limitar la asistencia sanitaria o denegarla, a priori.

Debemos insistir en el análisis conjunto de todas las variables que podrían influir en la decisión a tomar, si bien entendemos que no es tarea fácil. Es por este motivo que debemos poner el acento en la necesidad de crear comités, comisiones o grupos de toma de decisiones compuestos tanto por facultativos de los equipos de intervención urgente de Covid-19 como por otros profesionales sanitarios y sociales de las residencias.

### **En relación a las medidas de confinamiento dentro de las residencias**

Una de las últimas y más radicales medidas de contención del contagio del Covid-19 ha sido el confinamiento de los mayores en sus habitaciones. Hay que ponderar cuidadosamente la inspiración ética que paradójicamente enfrenta a dos principios de la bioética médica que teóricamente deberían ser complementarios: beneficencia y no maleficencia.

Las medidas de confinamiento entendemos que persiguen el objetivo principal de minimizar las situaciones de riesgo de propagación de un posible contagio dentro de las residencias. De entrada, esta medida está sesgada por la exposición continua de los mayores a las mayores fuentes de contagio, sus propias cuidadoras, los profesionales sanitarios que entran y salen cada día del centro, arriesgándose de esta manera involuntaria al contagio que procede del exterior de la residencia. Así, insistimos que involuntariamente, las profesionales encargadas de su cuidado diario son también un potencial vector del Covid-19. Nuevamente, los mayores son los más perjudicados en una medida que podría haberse evitado disponiendo adecuadamente de los test y pruebas necesarias para todo el personal que les atiende.

El confinamiento es una medida que repercute negativamente en la salud y bienestar de los mayores que lo sufren. He aquí una de las circunstancias donde los principios de beneficencia y de no maleficencia se entrecruzan, debiendo ser sopesada de manera individual la afectación negativa de esta medida. Continuar con el mismo como una medida real sin tener otras prioridades es vulnerar el principio bioético de no

dañar. Se debe contemplar medidas de otra índole a la hora de plantear la continuidad de este tipo de medidas, como la provisión de los test y pruebas necesarios, al igual que los equipos de protección en cantidad suficiente para prevenir un posible contagio sin afectar sus actividades de la vida diaria.

El confinamiento no puede ser entendido como una medida análoga, ni una extrapolación, a la que está sometida el resto de la población de nuestro país. Vivir entre cuatro paredes, en estancias que por su disposición inicial como dormitorios solo tienen algo más de 15 metros cuadrados, y que en la mayoría de las ocasiones debe ser compartida con otra persona, no es comparable a vivir en nuestras casas con todas las comodidades, y con una posibilidad de disponer de mucho más espacio físico y acceso a otro tipo de actividades sin ayuda externa.

El mismo criterio es extrapolable a los aislamientos de pacientes calificados como sospechosos, posibles o probables, pero a los que no se les ha realizado el test de diagnóstico de Covid-19. El aislamiento conlleva unas medidas de prevención mucho más rígidas que el resto de personas mayores confinadas en sus habitaciones, con el fin de no propagar una posible infección no demostrada empíricamente por Covid-19.

Estas medidas de aislamiento sin una causa real que las justifique provocan miedo, inseguridad y merma las capacidades físicas y psicológicas de los mayores afectados. Son necesarias los test para poder restringir al máximo este tipo de medidas a aquellos pacientes en los cuales sean estrictamente necesarias. Además, el confinamiento conlleva una merma añadida en la esfera social como es la separación de los mayores en relación a sus seres queridos. Este aspecto negativo influye muy perjudicialmente en la salud mental de los mayores, pues la relación social es fundamental para proporcionar sentido a la existencia humana.

### **El riesgo de focalizar nuestros esfuerzos asistenciales exclusivamente en el coronavirus**

La enorme alarma sanitaria, justificada, creada en torno a la elevada letalidad del Covid-19 en los mayores de las residencias no puede asociarse a priori como una mala atención prestada en estos centros. Se debe hacer una reflexión pausada y extensa que

comprenda a todos los agentes implicados, de política social y de sanidad, pero de manera ineludible a los pertenecientes a las residencias de mayores. El perfil asistencial, altamente geriátrico, de los mayores que en estas viven exige un compromiso por las distintas administraciones públicas y privadas de las cuales dependen de una manera u otra.

Es necesario dotarlas de los medios sanitarios, materiales y humanos, propios o concertados, necesarios y suficientes para garantizar que las necesidades de atención sanitaria sean debidamente cubiertas por el Estado, del cual depende esta competencia tal cual se desprende legalmente del artículo 43 de la Constitución Española y de los principios éticos de justicia del bien común y de inclusión.

Tal cual se desprende del análisis del contenido del informe del Comité Nacional de Bioética en las residencias hay que seguir atendiendo a todos los mayores, con todas las garantías, además de aquellos afectados por Covid-19 (ya sean posibles, probables o confirmados). Tal cual se refleja en dicho documento *“la prioridad en la atención del coronavirus no puede ser un motivo por sí solo para que deje de prestarse a las personas con discapacidad [y por extensión a las personas mayores] la atención terapéutica que precisan”*.

### **En relación al deber de informar**

Igualmente hacemos una llamada a los poderes públicos y a los medios de comunicación. Es responsabilidad de todos que la información que le llega al ciudadano, entre los que se encuentran los mayores, vivan o no en residencias, sus familiares, y los trabajadores de estas instituciones, sea veraz y ajustada a la realidad. Por ello, llamamos la atención a unos y otros.

Los poderes públicos deben complementar la información expuesta por los medios de comunicación aportando los datos que permitan el menor espacio posible a las interpretaciones y subjetividades que a veces se producen cuando los medios deben informar y no se les aporta la información mínima necesaria y adecuada. Hemos podido ser testigos de cómo algunos responsables políticos, entendemos que involuntariamente, no han observado este tipo de circunstancias en relación al funcionamiento de los

centros residenciales y de discapacidad creando mucha inseguridad y miedo entre la ciudadanía. Esto se ha traducido en informaciones sesgadas que han exhibido una imagen de las residencias que no se ajustan a la realidad demostrable. Con ello no solo se ha hecho un gran daño a los mayores que viven en las residencias, también a los familiares y a los propios trabajadores de dichas instituciones.

Debemos hacer un esfuerzo conjunto de potenciación del principio fundamental de justicia aportando los mecanismos y medios necesarios para que entre todos ayudemos a no desvirtuar injustificadamente la labor que se realiza diariamente en los centros residenciales. Para ello debemos acudir a al cumplimiento de un criterio ético básico como es el de transparencia tanto por las personas que gestionan las residencias de mayores como por los responsables políticos y los medios de comunicación.

### **Conclusiones**

A modo conclusivo queremos poner el máximo acento en la consideración de la persona mayor como sujeto ético de dignidad humana la cual exige los máximos esfuerzos durante tiempos tan complejos como los que les está tocando vivir. La cuestión ética no radica en hacer más de lo debido, pues estaríamos igualmente vulnerando el principio de no dañar.

Nuestra máxima preocupación es que, a pesar de la escasez de recursos, y de la relativamente comprensible descoordinación social y sanitaria, se garantice la provisión de los mismos cuidados a los mayores similar a un escenario asistencial previo a la pandemia por coronavirus. No podemos asumir que una persona mayor sea tratada de manera diferente a como se trataría a otra persona más joven con una enfermedad grave, progresiva e incurable que amenace su vida y que probablemente acabe con ella en unos pocos años. En ese caso estaríamos vulnerando todos los principios éticos fundamentales.

Murcia, a 1 de abril de 2020