

# RELATO DE LA JORNADA SOBRE LA MIRADA ÉTICA DE LA PANDEMIA Y SU APRENDIZAJE



NOVIEMBRE 2022

Comité de ética asistencial de las Illes Balears



## **MIRADA ÉTICA SOBRE LA PANDEMIA Y SU APRENDIZAJE**

Este documento se constituye basado en el relato de las ponencias y los comentarios realizados por profesionales y pacientes durante la Jornada del Comité de ética asistencial de las Illes Balears titulada “Mirada ética sobre la pandemia y su aprendizaje”.

La celebración de esta jornada nace de la necesidad y del deber como CEAIB de establecer una reflexión conjunta sobre el impacto que la pandemia ha tenido en el espacio de la atención sanitaria.

El contenido de las ponencias respondía a las aportaciones de los órganos representados en el CEAIB (ver anexo). Cada mesa trabajó de forma coordinada con cada una de las moderadoras, teniendo como eje del relato que se iba construyendo las preguntas que éstas plantearon previamente a los y las ponentes.

Dicho relato pretende ser la base sobre la que el Pleno del CEAIB basará sus deliberaciones a fin de elaborar un documento de reflexiones, conclusiones y recomendaciones que orienten los aspectos a tener en cuenta en materia de ética asistencial en el sistema sanitario.

Como primera aproximación al relato hemos identificado aquellas palabras capaces de destacar, en cada una de las mesas, incluso fuera del contexto en el que se pronunciaron. Así, en la primera mesa se habló de: COLAPSO, VULNERABILIDAD, INVISIBILIDAD, GUERRA y PÁNICO. Mientras que de la segunda mesa destacaríamos las palabras: MIEDO, ANSIEDAD, SOLEDAD, AISLAMIENTO y DESCONFIANZA. La tercera mesa apuntó, con una clara visión de futuro, términos como: APRENDIZAJE, FLEXIBILIDAD, ADAPTACIÓN, VERACIDAD, HONESTIDAD, COHESIÓN e INDEPENDENCIA.

### **Relato de la pandemia y su repercusión social**

El relato se inicia destacando que durante la pandemia se ha puesto de relevancia, con mucho más peso del que venía identificándose hasta la fecha y que no era poco, el impacto en la salud de los determinantes sociales. El código postal ha sido un factor mucho más determinante a tener en cuenta en el momento de valorar las necesidades de la población. La vulnerabilidad ha significado una mayor exposición al riesgo y nos ha hecho plantear si los

recursos del Estado del bienestar estaban preparados para responder a una crisis como la que ha supuesto la pandemia.

Y la primera respuesta es que se ha puesto de manifiesto la necesidad de aumentar los recursos tanto sociales como sanitarios.

La realidad vivida ha provocado el colapso de los recursos sociales ya de antemano insuficientes y desbordados *“no se podía responder a las solicitudes de los usuarios”*. Al mismo tiempo, la falta de recursos en la atención primaria ha hecho que los centros de salud hayan desburocratizado y agilizado sus actuaciones, de forma que *“estuvieron abiertos todo el tiempo”* y surgieron nuevas formas de organizarse (Unidades de Atención Volante al COVID-UVAC- hotel, hospitales, central covid, intervención de residencias...).

Se generalizó la atención telefónica como forma habitual de contacto del sistema con la ciudadanía, pero sin la suficiente planificación lo que supuso fallos en aspectos como la falta de estructura, la falta de formación de los profesionales y las dificultades para trasladar la información necesaria para entender el nuevo funcionamiento.

La pandemia ha acentuado los puntos débiles del modelo de atención que, por definición ha de ser integral. Los aspectos psicoemocionales no han sido atendidos desde una perspectiva de prevención, sino que sólo se han producido para reparar el mal que ya estaba hecho.

La pandemia ha supuesto *“algo más que un problema de salud”*, ha tenido graves efectos en la esfera social y económica: confinamiento, dificultad de manejo en centros residenciales, pérdida de empleo, reducción de un 33% de los ingresos familiares, burocracia para que lleguen las ayudas y problemas de acceso a nuevos trabajos, afectación de la salud mental, ansiedad y abandono de los ancianos en las residencias, falta de atención presencial, miedo a ir al hospital y restricciones, retraso de diagnósticos con sus consecuencias...

Hay que tener en cuenta que todas las recomendaciones que se han hecho desde las instituciones han sido de carácter conductual. Pero, no se han explicado del todo bien, lo que ha generado que la confianza de la ciudadanía en las instituciones políticas se haya visto gravemente afectada.

Todo ello ha generado desconfianza en la ciencia y en lo que los sanitarios podíamos ofrecer. A pesar de ello, todos los profesionales sanitarios y sociales se pusieron a *“trabajar juntos”* en sus entornos locales y se eliminaron muchas barreras entre profesionales y se diluyeron roles por

mor del bien común. Pero a la vez se ha perdido visión de conjunto y hace que los relatos ofrecidos desde distintos niveles asistenciales no sean coincidentes, aunque puedan ser complementarios. Así se han destacado cuestiones como la falta de atención presencial en atención primaria identificada desde los hospitales o que los pacientes no acudan a los hospitales por miedo al contagio y sea en atención primaria donde se reciba la sobrecarga desbordada de demanda de atención.

Relacionado con esto se ha destacado que el uso de la terminología bélica por los medios de comunicación, lejos de ayudar en la transmisión de la información ha contribuido a sembrar el pánico en la población.

La historia de aprendizaje es necesaria. Y nos viene al caso lo ocurrido con "Lo Diluvi" la gran riada que mató a 5.000 personas de la ciudad de Palma en el año 1403, el 25% de la población. Se tardaron más de 200 años en modificar el cauce del torrente y a pesar de ello hubo otra gran riada en 1618, e incluso otro desbordamiento en 1962. Con esta pandemia estamos frente a la posibilidad de "*cambiar el curso del agua*" pero hay que hacerlo bien. El estudio de la conducta humana es necesario para no volver a cometer los mismos errores. Tengamos presente la capacidad del cerebro para borrar los malos recuerdos.

En cuanto al impacto directo sobre la ética, se ha destacado que en la gestión del COVID se han suspendido Derechos Fundamentales como ciudadano, como miembro del CEA y como profesional. Se implementaron restricciones sin tener en cuenta criterios éticos.

Además, los aspectos éticos comprometidos tienen que ver con la necesidad de identificar adecuadamente a los grupos más vulnerables para poder implementar medidas específicas. En el mismo sentido, los cambios en el paradigma de atención y cuidados y la situación cambiante han provocado incertidumbre y miedo. Otra cuestión que se ha puesto de manifiesto es la falta de herramientas éticas para la toma de decisiones en situación de recursos limitados. El cuidado se ha visto comprometido por aplicar como norma restricciones en el acompañamiento.

Todo esto supone un desafío ético para el Sistema, así como también sobre el papel de los Comités de ética asistencial.

La cuestión es si utilizaremos lo aprendido para prepararnos porque aún no sabemos si el covid es la riada definitiva o si van a venir otras riadas para las que no sabemos si estaremos preparados.

### **Las propuestas:**

- Facilitar la igualdad de oportunidades
- Impulsar el trabajo en equipo y en red
- Realizar propuestas concretas para sitios concretos según las necesidades
- Generar espacios para la reflexión ética
- Dar testimonio de los que no tienen voz, facilitar ejemplos reales y reducir su invisibilidad
- Mejorar la accesibilidad de la ciudadanía al Sistema Sanitario
- Ampliar la mirada y no dejarnos llevar por la alarma social.
- Trabajar para contar con más recursos, sobretodo, humanos.
- Aprender a comunicar con los ciudadanos y con los medios de comunicación

### **Respuesta a la pandemia desde el sistema de salud balear: los valores éticos aplicados y los que se han visto comprometidos**

Durante la 1ª ola el valor ético priorizado fue la JUSTICIA, justicia distributiva, y la maximización del beneficio global. Vivimos la excepcionalidad de una situación de catástrofe con un racionamiento justificado. Los principios públicos de no maleficencia y de justicia prevalecieron sobre los privados de beneficencia y autonomía.

Para los decisores políticos y los técnicos en los que recayó la gestión de la pandemia, los CEAs han tenido poco que decir. Somos conscientes, sin embargo, que deberían haber sido más consultados o deberían haberse implicado más en el discurso global de actuaciones frente a la pandemia. En definitiva, ha habido *“poco tiempo para la ética”*.

Los recursos humanos han demostrado ser escasos a pesar de contar con recursos técnicos. Hemos vivido en la Ley de cuidados inversos, “tienen más cuidados los que menos los necesitan”. La soledad y el aislamiento han sido el principal conflicto ético sobre todo en las personas más vulnerables.

Ha habido poco tiempo para la reflexión ética antes de la acción. El bienestar emocional y espiritual quedaba relegado a un segundo plano, tras el bien común. Morir en soledad ha sido lo peor de esta pandemia, los cuidados previos a la muerte requirieron más flexibilidad. Ante esta realidad, la ética principialista no encajaba bien para dar respuestas y se *“reinventa”* la ética del cuidado.

*“El papel del médico era de doble agente”*, por una parte, defendiendo los intereses del paciente y por otro, de la organización sanitaria. Esta dualidad llegó a crear una convivencia en conflicto por ejemplo en los hospitales: los pacientes con Covid vs los pacientes sin Covid.

Y de cara a los ciudadanos se buscaba compromiso y solidaridad, pero se generó pérdida de confianza. Se ha manifestado miedo y ansiedad por los mensajes en los medios de comunicación, e incompreensión con los mensajes institucionales cambiantes.

Esto nos lleva a reflexionar sobre si reaccionamos demasiado tarde o si nos avanzamos en imponer medidas que posteriormente se demostraron inefectivas. Y tendremos un problema para poder saber si priorizando la planificación desde que se dio la voz de alarma habría sido menos alarmante, porque no existía la posibilidad de comparar con una situación similar.

En otro contexto, la utilización masiva de las tecnologías de la comunicación para relacionarnos con los pacientes y resolver, en la medida de lo posible sus necesidades, ha chocado con principios éticos que deben regir la relación con los mismos. La telemedicina, por ejemplo, puede tensionar el principio de beneficencia.

*“No sería ético NO investigar”*. La investigación clínica de la pandemia es parte de la respuesta a la pandemia. En condiciones normales la ciencia vive en y de la incertidumbre. Por cada respuesta que da la ciencia se generan nuevas dudas y nuevas preguntas de investigación. En pandemia, este ciclo de pregunta respuesta para resolver incertidumbre llegó a unos extremos insospechados. Diariamente se producían noticias cambiantes basadas en supuesto avances científicos, que conforme se avanzaba perdían consistencia y se iban desestimando. Esto hacía que no se pudiera contar con referentes clínicos sólidos con los que poder validar los protocolos cambiantes. Necesitamos tener protocolos con evidencia clínica de calidad y no podíamos pasar más allá de asegurar que según el último trabajo publicado, la situación era la que era.

Ante esta avalancha, se organizaron y priorizaron las solicitudes para agilizar la investigación siempre de calidad y con criterios de eficiencia. Con todo, la urgencia no justifica bajar el nivel de calidad porque, además, se pueden generar pistas falsas que derrochan recursos y retrasan la incorporación de medidas efectivas. Una conclusión es que se ha reafirmado la idea de que *“el tamaño del estudio importa y mucho”*.

También en una pandemia hay que dar *más* atención a los aspectos éticos de la investigación y no menos, al igual que otros ámbitos de los que se ha hablado hasta ahora.

Las consecuencias de la pandemia van a perdurar años. La crítica constructiva es indispensable. Estamos todavía en fase de cerrar heridas. Pero parece que tiene sentido reclamar más gestión, más coordinación y disponer de un plan de contingencias activable de forma inmediata ante situaciones similares.

Se han cuestionado los valores de los profesionales. ¿Teníamos obligación los profesionales de ir a trabajar cuando no estaba garantizada nuestra seguridad? Ha habido un desbalance entre el contrato social implícito y el contrato social explícito de los profesionales.

Además, tenemos integrado en el discurso colectivo de gestores y profesionales que la atención sanitaria está centrada en la persona desde un enfoque biopsicosocial, y, cuando el sistema se ha tensionado, se ha comprobado que lo que ha florecido ha sido un enfoque biologista puro y duro. Y entonces nos preguntamos si hemos estado viviendo un modelo utópico todos estos últimos años poniendo al paciente en el centro de un sistema que está más bien lejos que cerca de ellos.

## **Propuestas**

- Integrar la visión ética en la gestión de futuras pandemias
- Disponer de planes de contingencia
- Aplicar la ética del cuidado y el trabajo en equipo, la ética principialista no responde de forma adecuada a la situación de la pandemia.
- Impulsar la planificación de decisiones anticipadas
- Aumentar la coordinación entre los grupos de investigadores.
- Apoyar estudios independientes.
- Preservar la protección de datos con las nuevas tecnologías
- Revisitar la misión, la visión y los valores de nuestro estado de bienestar.

## **Aprendiendo de la experiencia: paradigmas éticos que deben dar soporte a la toma de decisiones en los sistemas de salud.**

Uno de los aprendizajes es la comprobación de que existen diferentes formas de trabajo más ágiles y flexibles que las utilizadas habitualmente.

También se ha practicado la posibilidad de organizar las acciones optimizando las competencias de los profesionales. Hemos aprendido que hay otras formas de trabajar en las que predomine el trabajo en equipo sin jerarquías establecidas y primando las competencias profesionales.

Hemos experimentado la necesidad de mejorar en competencias afectivas y en la gestión del sufrimiento.

También, hemos comprobado que el sistema sanitario tiene alta capacidad de adaptación y resiliencia, pero *“sin una correcta planificación se demuestra peligrosamente insolvente”* por lo que debemos tener seguridad de recursos y no perpetuar el déficit de RRHH que ya está presente desde antes de la pandemia.

Se ha puesto de relevancia que hay una crisis existencial de los profesionales sanitarios con dificultad y falta de consenso sobre funciones, competencias, objeto de atención y prioridades. Llama la atención la necesidad identificada de *“humanizar la atención”* cuando la actuación de los profesionales sanitarios va dirigida precisamente a personas.

Se han planteado dudas sobre si el Sistema tiene claro lo que significa *“cuidar”*.

También hemos aprendido que necesitamos relacionarnos con la verdad y de manera justa, ser veraces. Debemos mantener la honestidad y la independencia frente a las consignas políticas. Hay que impregnar la política de la ética de cuidados.

Se ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad y fragilidad de pacientes, de los profesionales, del sistema sanitario, del sistema social, del sistema educativo y de la economía.

La cohesión social se identifica como una de las claves para afrontar crisis como la vivida por la pandemia.

Una cuestión que se plantea para la reflexión es sobre la posibilidad de un cambio de paradigma desde la ética principialista hacia la ética del cuidado. Los argumentos incorporan al debate el temor sobre la posibilidad que la ética del cuidado puede llevarnos a un relativismo moral y también sobre si la estructura del sistema permite hacer este cambio de paradigma. Además, se habla del oportunismo en el que se plantea esta transición puesto que existe la duda de si en un sistema menos tensionado nos plantearíamos esta opción.



En otro sentido, la ética principialista nos ayuda en la resolución de conflictos y en la organización de los conceptos en un sentido amplio. Conflictos que se han dado durante la pandemia entre la autonomía y la justicia y que han sido comunes para profesionales y usuarios. En este punto algún participante manifiesta sentirse cómodo con la utilización de la ética principialista frente a la ética del cuidado

Además, no debemos olvidar la deontología como una de las bases éticas que nos ofrece una respuesta colegiada ineludible en el ejercicio de las profesiones sanitarias.

También se ha introducido en el debate el papel que se le pueda atribuir a la ética narrativa de modo que la identidad del individuo y su vida moral propia es la que importa para justificar sus propias decisiones. Y cómo desde esta perspectiva se pueda “dar ejemplo” para conformar la cultura de la organización.

Hay consenso en que todos los modelos de reflexión ética son necesarios en la atención a las personas y cada uno de ellos nos acompañará en diferentes circunstancias y nos ayudará a dar respuestas adecuadas y prudentes a las necesidades. No se trata de pasar de una ética principialista a una ética del cuidado, se trata de convivir con ambas.

Se recoge la experiencia de pacientes que pone de manifiesto que la visión es muy coincidente, aunque quizás menos crítica que la que han manifestado los profesionales. Existen muchas similitudes con lo que se ha comentado hasta el momento, pero se destaca especialmente que todos somos vulnerables, que la existencia de desigualdades ha agravado las consecuencias de la pandemia, y que hace falta veracidad, honestidad, justicia e independencia en la construcción del discurso político, en el mensaje dirigido a los ciudadanos y en la transmisión de la información por parte de los medios de comunicación. Cabe destacar que las aportaciones que han realizado los pacientes han ayudado a completar y destacar una amplia visión global que se ha manifestado a lo largo de estas tres mesas de experiencias y debate.

### **Propuestas**

- Entender el “cuidado” en un sentido amplio, físico, psíquico y social.
- Empoderar a la población en salud.

- Atender la salud mental y emocional de la ciudadanía y también de los profesionales.
- Fomentar la cultura del autocuidado.
- Analizar los derechos de los usuarios.
- Ajustar el tiempo de atención a las necesidades de los pacientes.
- Proponer cambios en el modelo de gestión.
- Incorporar elementos éticos en el modelo de triaje, especialmente no discriminar por razón de edad (edadismo)
- Hacer autocrítica.
- Valorar la protección de los profesionales por parte de los gestores.
- Repensar nuevos modelos de atención incluyendo el modelo de las residencias.
- Potenciar la cultura de la organización.
- Planificar de manera objetiva los recursos necesarios

## Conclusiones

Podemos identificar unas palabras capaces de destacar sobre el relato: FORMACIÓN, ESPERANZA, CONFIANZA, EQUIPO y PASIÓN.

La rendición de cuentas es absolutamente indispensable frente a lo que hemos pasado, pero tenemos un problema “técnico”. No disponemos, en muchos casos, de un comparador. Esto va a llevar a que cuando nos planteemos preguntas del estilo ¿qué hubiera pasado si en lugar de tomar esta decisión hubiéramos tomado la contraria?, o ¿qué hubiera pasado si en lugar de tomar esta decisión el día que la pusimos en marcha lo hubiéramos hecho con días, semanas o meses de antelación?, no tengamos posibilidades de responder de forma correcta porque no disponíamos de evidencia en ese momento de las alternativas que se estaban poniendo sobre la mesa. Es lo que en otras disciplinas se denomina contrafactual, definiéndose como todo acontecimiento que no ha podido ser observado por la investigación humana, pero que podría haber ocurrido.

Un tema en el que hay coincidencia es el de la necesidad de formación en duelo, en ética y en liderazgo ético. Hay que formar “*profesionales éticos*”. En relación con este tema se plantea el papel que pueden tener los CEAs en este objetivo y se comenta que podrían ser quienes llevaran esta labor. Para ello convendría responder a las preguntas de ¿quién tiene que asumir este papel?

y ¿qué recursos hay que dedicar a este aspecto en el entorno de la organizaciones sanitarias y sociales?

Otro aspecto es la necesidad que tenemos de identificar y tratar el riesgo del padecimiento de los profesionales desde una perspectiva ética. Reflexionando también sobre el papel del trabajo en equipo.

Del análisis de lo que ha sucedido en la pandemia y de muchos de los argumentos expresados durante el encuentro surge la posibilidad de hablar del médico virtuoso. La idea aboga por una forma más personal de ejercer la medicina frente a una forma más impersonal que está imperando en buena parte del sistema sanitario. Potenciar las cualidades empáticas y benevolentes de los profesionales relacionados con la salud, que hagan que el paciente tenga una sensación de estar en buenas manos. De fondo está el hecho de centrar todas nuestras acciones en la persona y no en usar a la persona para un fin determinado.

También merece una consideración especial la voluntariedad de la ética. Hay que lograr que las organizaciones sanitarias reconozcan y den valor al papel de los profesionales que forman parte de los CEAs y que cuiden, además, a estos profesionales.

Es interesante la reconstrucción del pasado, aunque el foco se debe poner en la toma de decisiones y en las circunstancias del momento con perspectiva de futuro. Para ello se introduce la cita de la obra de Charles Dickens, Historia de dos ciudades: *“Era el mejor de los tiempos, era el peor de los tiempos. La edad de la sabiduría, y también de la locura; la época de las creencias y de la incredulidad; la era de la luz y de las tinieblas; la primavera de la esperanza y el invierno de la desesperación. Todo lo poseíamos, pero nada teníamos, íbamos directamente al cielo y nos perdíamos en sentido opuesto. En una palabra, aquella época era tan parecida a la actual, que nuestras más notables autoridades insisten en que, tanto en lo que se refiere al bien como al mal, solo es aceptable la comparación en grado superlativo”*.

El significado que se le da a esta cita nos lleva a reflexionar sobre ¿cuál es el fin real de la atención sanitaria?, y si será la pandemia la que nos ha llevado a una paradoja biológica, volviéndonos hacia atrás. Como conclusión positiva hay que destacar que se ha vuelto a tener pasión por la profesión y abre una puerta a volver o a seguir creyendo en la humanidad.

## **RETOS FUTUROS DESDE LA ÉTICA ASISTENCIAL**

Como en ética es muy saludable dudar, dejamos abiertas algunas cuestiones:

- ¿Cómo pueden mejorar los comités de ética su influencia en la toma de decisiones y dar el paso de ser consultivos a ser ejecutivos?
- ¿Quién tiene que tomar las decisiones?
- ¿Tenemos capacidad de tener cosas tangibles resueltas para una futura pandemia, como, por ejemplo, un Plan de Acompañamiento?
- ¿Las medidas adoptadas han influido en la mortalidad?
- ¿Está enfrentada la corrección ética a la corrección técnica?
- ¿Tienen los CEAs una oportunidad de elevar sus opiniones a los órganos de gestión y decisión?