

**COMITÉ DE BIOÉTICA ASISTENCIAL
DEPARTAMENT DE SALUT DE VALENCIA,
CLÍNIC-MALVA-ROSA**

REFLEXIONES ÉTICAS EN TORNO A LA PANDEMIA. DE MARZO A DICIEMBRE DE 2020.

1.-Los hechos

Introducción: la sociedad

Estamos en tiempos de incertidumbre en los que se hace imprescindible, más que nunca, someter la toma de decisiones a un proceso de reflexión en un contexto donde el sistema sanitario es puesto a prueba, y en el que los profesionales experimentan una enorme tensión y abordan un desafío para el que carecen de los recursos necesarios.

La sensación primera es la de que estamos ante algo que somos incapaces de dimensionar; vemos que nadie tiene nada claro, que los científicos también funcionan con incertidumbres, que los profesionales sanitarios también sienten miedo e inseguridad, que los políticos de todas las posiciones están bajo sospecha de no estar a la altura, que el sistema económico en el que se manejan nuestras sociedades condiciona las decisiones necesarias... Y así surgen tendencias que rápidamente se difunden en las redes, instaladas en la queja permanente, en la difusión compulsiva de informaciones no contrastadas, buscando culpas que se puedan personalizar, demandando que “surjan” personas que puedan liderar las acciones necesarias para encarar la situación, simplificando las opiniones, juzgando irresponsablemente a personas y colectivos. Estas tendencias generan en la “sociedad asustada” desconfianza, impotencia, pánico, agresividad y se crean esas “relaciones tóxicas” tan destructivas para la comunidad.

También ha habido una corriente mucho menos visibilizada de reflexiones bien fundamentadas, desde todos los ámbitos del saber: desde el propio ámbito Tecno-Científico, la Filosofía, la Ética, la Espiritualidad (laica y religiosa), la Sociología, la Psicología, la ciencia Política... En muchos casos se trata de trabajos cooperativos entre diversas disciplinas o distintas corrientes de pensamiento; en otros, de aportaciones nacidas de la propia experiencia sedimentada e impregnada del saber colectivo, superando, casi milagrosamente, a la tendencia dominante hacia la competitividad y el individualismo narcisista. Esta corriente tiene en común la percepción de la vulnerabilidad compartida y la necesidad de favorecer una opinión pública madura que fomente el aprendizaje compartido para ser capaces de asumir nuestra responsabilidad histórica con nuestro mundo global y con las generaciones futuras.

Los protagonistas

1.1- Pacientes y familiares

En todos los niveles asistenciales se detecta que muchos pacientes se encuentran en una situación de confusión en la que, por una parte les resulta difícil acceder a la consulta médica y de enfermería, y por otra carecen de criterios y herramientas para

discernir lo que es adecuado, con lo cual las visitas a urgencias disminuyen notablemente, detectándose patologías graves no atendidas por temor del paciente a acudir al hospital. Se echa en falta la calidez de esa relación de confianza propia del encuentro personal entre profesionales y pacientes. Hay pues una sensación de abandono, especialmente en las personas más vulnerables y sus familiares.

La instauración de las consultas telefónicas incrementa en un principio el malestar de los pacientes, ya que la solicitud de cita está colapsada casi constantemente y además las llamadas no pueden ser atendidas inmediatamente. La devolución de las llamadas por parte del profesional se realiza cuando éste puede programarla. Sucede entonces que quizá el paciente está trabajando (fuera o dentro de casa), o que no tiene privacidad suficiente para manifestar sus síntomas y sus emociones. Si no puede responder a la llamada recibida queda con gran angustia, ante la perspectiva de volver a empezar el ciclo, o de que sea rechazado por no haber respondido a la llamada.

El uso del correo electrónico es muy irregular puesto que un porcentaje de la población no maneja esta herramienta, y no todos los profesionales están predisuestos a utilizarlo como herramienta de trabajo.

En la **Atención Primaria**, se comprueba que muchos pacientes crónicos, o con nuevas sintomatologías no COVID, se resisten a consultar por su patología o no son capaces de conseguir una cita, lo que deriva en descompensaciones y diagnósticos tardíos de enfermedades graves.

Igualmente, el modelo de consulta no presencial, instaurado sin una infraestructura que la agilice y sin una formación de los profesionales para aprovechar los recursos disponibles, provoca en los pacientes emociones como la ira y el enfado. Esto genera una cierta hostilidad hacia los profesionales que llega a crear un estado de opinión muy doloroso para ellos. También se observan trastornos afectivos en personas sin patología previa, y empeoramiento de síntomas cognitivos en pacientes afectados de demencia, así como situaciones de sobrecarga del cuidador y fatiga de la compasión, difícilmente abordables desde el área psico-social, especialmente en casos en que ha sido necesario el aislamiento.

El hecho de que los pacientes que refieren sintomatología COVID consulten telefónicamente y se les indique la necesidad de test diagnóstico y la cuarentena correspondiente, a la espera del resultado y posterior al mismo, ha revelado una situación no vivida anteriormente en Atención Primaria: algunos pacientes y familiares prefieren rehusar la prueba, para poder seguir con sus actividades “normales”, a veces por miedo a perder el trabajo, y otras por pura irresponsabilidad.

En **Atención especializada**, en el caso de especialidades quirúrgicas como Cirugía Ortopédica y Traumatología, se detecta gran desconcierto en los pacientes, debido a la anulación de consultas externas; unas veces sin que le llegue información al paciente y otras recibiendo información contradictoria entre los mensajes sms centralizados en gva y las llamadas telefónicas procedentes del propio servicio. También influyen en esta situación de confusión las consultas telefónicas para informar resultados de exploraciones y plan a seguir, y la demora impuesta a intervenciones quirúrgicas no urgentes.

En el **ámbito quirúrgico**, se ha detectado un aumento de la morbilidad perioperatoria de los pacientes con infección por COVID-19, bien sea con contagio previo, o desarrollada en el postoperatorio. También en pacientes no COVID las demoras en la cirugía programada han ocasionado empeoramiento del pronóstico, especialmente en los pacientes oncológicos.

En los pacientes atendidos en **Psiquiatría**, se ha percibido un aumento de los síntomas de ansiedad, depresión e insomnio, debido al temor al contagio por el coronavirus, a la percepción de amenaza e incertidumbre por la situación actual de pandemia y por la dificultad para comunicar sus emociones en una consulta telefónica. Son emociones muy dolorosas, como la angustia, el dolor por la pérdida de seres queridos y la impotencia, que no se pueden expresar en una consulta no presencial, breve y con interrupciones por problemas de línea o de cobertura. También la hospitalización de pacientes con descompensaciones psiquiátricas plantea dificultades y problemas éticos, dado que es necesario mantenerlos aislados en la sala, para protegerlos del contagio, pero esta medida requiere medidas de contención además de hospitalización forzosa en algunos casos.

El **Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos** ha necesitado un cambio muy significativo en su modo de trabajar. El aislamiento parece bastante incompatible con el acompañamiento de enfermos que afrontan una enfermedad incurable y se acercan al final de sus vidas. También hay pacientes COVID que están en esta situación, y por tanto son subsidiarios de Cuidados Paliativos. Situaciones de delirio, afectaciones neurológicas varias por la propia enfermedad, trastornos emocionales ante ingresos prolongados en UCI o sala, estigmatización a causa de la contagiosidad... que añaden un sufrimiento más al de la propia enfermedad.

En las **UCI**, los pacientes han experimentado situaciones límite al tener que afrontar su situación de gravedad sin posibilidad de comunicación directa con sus familiares. Los profesionales han tenido que actuar de interlocutores, por vía telefónica, con todas las limitaciones que esa vía supone. También ha sido un reto importante el hecho de que pacientes en situación de final de vida no pudiesen transitar ese momento tan crucial con la presencia física de sus seres queridos. Como consecuencia, el duelo patológico ha afectado a muchos familiares que no han podido despedirse y acompañar a su ser querido. Los problemas éticos planteados por esta situación, han trascendido a los medios de comunicación y ha crecido la conciencia de la vulnerabilidad en que nos encontramos.

En **Pediatría**, el principal reto ha sido el de ganarse la confianza de los niños hospitalizados o atendidos en urgencias con el miedo que les han generado las medidas de protección de los profesionales, los circuitos y el aislamiento. Ha sido un cambio importante el tener que prohibir las puertas abiertas a familiares durante su estancia en el hospital y la ausencia del contacto y la sonrisa tranquilizadora que la mascarilla ha ocultado. Existe la preocupación de haber generado una desconfianza en los niños o incluso un cuadro de estrés postraumático en situaciones difíciles, y que a largo plazo muestren miedo, irritabilidad o ansiedad.

En las **residencias de ancianos** ha habido una gran repercusión de la Pandemia que ha afectado a población muy vulnerable, no solo por la gravedad de la enfermedad en

este grupo de población, sino por las consecuencias del aislamiento aplicado. En muchos de estos pacientes se ha observado la existencia de cuadros de angustia y bloqueo emocional debido a cambios en la ubicación de las personas afectadas, bien por hospitalización, bien por aplicación de los protocolos en la propia residencia. También se han tomado medidas de privación del contacto con los familiares, y aunque en muchos casos los profesionales han intentado paliar este efecto mediante contacto telefónico o videollamada, no siempre el anciano se ubica con estos medios de comunicación.

Tampoco debemos olvidar el problema de las **personas mayores que viven solas**, con escasa red de apoyo. La vivencia de soledad y abandono se ha visto incrementada debido al confinamiento y la necesidad de establecer distancia social, con sentimientos de angustia, miedo, depresión e incluso suicidio.

1.2.- Profesionales

En general, los profesionales de todos los servicios coinciden en la sensación de que no estábamos preparados para lo que ha sobrevenido con la Pandemia. En los escritos en que se basa este informe, encontramos que el desconocimiento y la desinformación generalizados, llevan a improvisar recursos y protocolos que van cambiando casi día a día, según se van publicando nuevos datos.

Primero fue necesario desaprender ese primer impulso de contacto físico, y poner barreras que dificultaban la accesibilidad característica en el caso de la Atención Primaria. En todos los ámbitos asistenciales se generó mucho desconcierto, al tener que prescindir de todo tipo de exploración física, en detrimento de un diagnóstico fundamentado y de mantener unas buenas prácticas en cuanto a la comunicación verbal y no verbal. También se produce en los profesionales la sensación de no estar haciendo las cosas bien, por ejemplo en el caso del seguimiento de los pacientes crónicos y los que permanecen en su domicilio.

En segundo lugar, expresamos la percepción del riesgo real que los profesionales estaban asumiendo, al principio por la falta de acceso al adecuado material de protección, sobre todo cuando se fueron notificando casos de compañeros contagiados, (algunos con afectación severa e incluso fallecimiento). Pero también hay que tener en cuenta las repercusiones emocionales de la nueva forma de trabajo que se adoptó. La inseguridad, el estrés, el miedo, la ansiedad y el insomnio afectaron a muchos de ellos, y en algunos casos, de manera persistente. Muchos profesionales se aislaron de sus familias para evitar convertirse en agentes de contagio.

En el ámbito quirúrgico se vivió con mucha intensidad el temor al contagio, por el hecho de trabajar en procedimientos que suponen exposición directa a la vía aérea de los pacientes. La repercusión psicológica de esta experiencia se traduce en sentimientos de desconcierto, frustración, irritabilidad, desapego, dudas sobre la propia capacidad laboral y personal y desconfianza en el sistema de salud.

Si hay que subrayar la trascendencia que puede tener en el ejercicio de la profesión sanitaria la INCERTIDUMBRE, es en situaciones como la vivida donde adquiere un protagonismo, porque es difícil poder recurrir a experiencias propias o ajenas que ayuden o guíen en la toma de decisiones. En el caso de las UCIs hubo una coordinación

a nivel estatal, con reuniones semanales, con el fin de compartir información científica y poder anticipar situaciones que otros compañeros estaban sufriendo.

Fue necesario también reorganizar los equipos, integrando personal contratado, teniendo que atender pacientes no conocidos, lo cual debilita otros pilares de la Atención Primaria, como son la continuidad y la longitudinalidad. De nuevo aparece la sensación de trabajar al margen de lo que en otras situaciones eran los estándares de excelencia clínica.

Las nuevas formas de comunicación desplegadas (telemática, telefónica, video llamadas, reuniones no presenciales...), suponen un reto para los equipos, en el sentido de que hemos pasado mucho tiempo en silencio, solos y con la incertidumbre que nos asusta y evidencia nuestra fragilidad. También forma parte del autocuidado no aislarse más de lo estrictamente necesario.

La irrupción de la consulta telefónica y a través de correo electrónico y postal, crean en los profesionales dudas (éticas y legales) acerca de la confidencialidad de los datos que se manejan por estas vías. Pero también ha dejado patente el déficit en habilidades de comunicación. Sería importante capacitar en estas habilidades y es preciso garantizar el necesario equilibrio entre la privacidad, la salud pública y la seguridad de todos.

Hemos constatado que el hecho del desconocimiento acerca del comportamiento del virus COVID-19 y los protocolos cambiantes y a veces contradictorios, lejos de provocar el desánimo de los profesionales, produjo en ellos una disposición positiva para diseñar y asumir cambios en los equipos de trabajo, aún a costa de los horarios extensos que esto ha supuesto. Además, la vivencia de esta experiencia inaudita ha acercado a los miembros de los equipos entre sí, de modo que se han reunido a diario, compartiendo emociones y preocupaciones, y, sobre todo, cuidándose unos a otros (dado que no se sentían cuidados por la administración)

Muchos profesionales han demostrado durante estos meses el fondo de humanidad y compasión que caracteriza el trabajo con personas vulnerables. Han surgido muchas preguntas éticas que los equipos han tratado de resolver.

Ha habido cansancio y enfado, porque el riesgo de quemarse en estas circunstancias es muy alto. El cuidado implica también atender las propias necesidades de apoyo, descanso y formación, para sentirnos capaces de seguir trabajando con responsabilidad, atendiendo a tanta gente que sufre.

Este ejercicio profesional de entrega y dedicación ha sido valorado como una oportunidad importante, no sólo para dar parte de nuestro tiempo sino para crecer conjuntamente como equipos, para aprender unos de otros y crecer humanamente unos junto a otros. No solo hemos tenido conciencia de “dar nuestro tiempo” sino que hemos “dado de sí y crecido humanamente” ante los retos afrontados. Hemos desarrollado una noción de cuidado que no es meramente instrumental o institucional sino transformador y generativo.

1.3.- La gestión pública y las instituciones

Tanto los pacientes y sus familiares como los profesionales sanitarios, destacan la deshumanización de la asistencia que se ha derivado de los cambios organizativos en las tareas profesionales, en el acceso al hospital, en la variabilidad en horarios y funcionamiento entre distintos departamentos de salud, e incluso entre distintos centros de salud dentro del mismo departamento.

Los protocolos de actuación y las medidas de prevención de contagios también han sido muy cambiantes e insuficientemente explicadas. También se ha constatado que los recursos técnicos y humanos necesarios para implementar la atención no presencial resultan insuficientes y presentan anomalías en su funcionamiento cotidiano.

En el ámbito quirúrgico se detectan problemas relacionados con la gestión del espacio necesario para las intervenciones y con la necesidad de recursos humanos y materiales para pacientes no COVID. Por un lado parte del espacio y recursos materiales de soporte vital de los quirófanos se destinan al tratamiento de pacientes COVID graves, por otro los profesionales ven reducidos sus equipos por las cuarentenas de compañeros contagiados y por la cesión de personal especializado a otras áreas que lo necesitan.

Se reporta una sensación de improvisación en muchas actuaciones, probablemente justificada por el desconocimiento previo de la evolución de la pandemia. Esta situación ha generado un clima de desconfianza respecto a los gestores y dirigentes públicos, tanto en los profesionales como en la opinión pública. Pero también hay que reconocer que generalmente, los equipos han sabido responder con creatividad para adaptar el modo de hacer, sacando lo mejor de sí mismos.

Un aspecto especialmente afectado en esta pandemia ha sido el de la normativa relacionada con la gestión de una situación tan delicada como es el final de vida. En esta cuestión se constata que ha habido una gran deshumanización. Pacientes que han fallecido sin la cercanía de sus allegados, restricciones muy estrictas e inflexibles en los funerales y entierros, familiares que no han sido correctamente informados y atendidos en su proceso de duelo, que no han llegado ni a ver a su hijo muerto...

2.-Los valores

Se ha percibido la escasa formación en Bioética por parte de autoridades socio-sanitarias y representantes de sociedades científicas o agrupaciones de profesionales, mostrada en situaciones de crisis como la actual. La crisis sanitaria ha sacado a la luz la debilidad de los argumentos éticos con los que se justifican las diferentes prácticas en momentos de crisis.

Cuando las personas se ven inmersas en una situación de emergencia global, su primer modo de afrontarla suele ser la acción. El lenguaje bélico es el que predomina: “lucharemos contra” “atacaremos”, “venceremos” a este virus,...y también se nos

pide “atrincherarnos”, “defendernos”, poner barreras...Con frecuencia la acción puede convertirse en huida...Si nos dejamos llevar por esa primera reacción de supervivencia, actuaremos impulsivamente y los valores no tendrán cabida en nuestra toma de decisiones. Por eso, todo esto ha sido, y es, tan doloroso.

Poco a poco, se han ido poniendo en evidencia que hay valores que se están lesionando, que las decisiones hay que deliberarlas, especialmente si afectan a los aspectos más sensibles de la humanidad.

2.1. Lo primero que queda patente es el conflicto entre **bien individual** (la salud de cada persona) y bien **colectivo** (las condiciones de vida de la colectividad: trabajo, vivienda, comida...). Este conflicto es más evidente en los ámbitos de la política, la gestión de recursos, la economía, la educación...pero también afecta a los profesionales que deben establecer prioridades en la atención de pacientes, en la distribución de recursos disponibles, en la adopción responsable de medidas de autoprotección y autocuidado...etc. En estos conflictos es donde queda patente la necesidad de formación en Bioética. No es lo mismo partir de una postura utilitarista que busca el mayor bien para el mayor número de individuos, y se rige por protocolos establecidos, que de una ética de la responsabilidad convencida que promueve personalizar, singularizar o individualizar la toma de decisiones, lo cual lleva a flexibilizar la aplicación de las normas con argumentos fundados, tras una deliberación en la que se toman en consideración las circunstancias que rodean el caso concreto.

2.2. Dentro de los hospitales, y especialmente en las UCIs, se ha vivido una gran tensión debido a la prohibición de visitas. Se plantea el conflicto entre la necesidad de **protección** de los profesionales sanitarios, de los pacientes hospitalizados, y de los familiares que les suelen acompañar en otras circunstancias, y la importancia de que los pacientes ingresados y críticos reciban la visita y los **cuidados** de sus familiares, dada la evidencia existente de que estas visitas mejoran el estado cognitivo y emocional de estos pacientes

2.3. En el caso de los profesionales sanitarios surge el conflicto relacionado con el uso de medidas de **autoprotección** complejas y la adecuada **atención** al paciente. El tiempo empleado y la atención necesaria a los pasos que se deben dar para una correcta colocación del EPI a veces colisiona con el nivel de urgencia de la situación. Lo mismo se plantea en otros ámbitos asistenciales en los que algunos profesionales se dedican exclusivamente al manejo de pacientes con síntomas compatibles de enfermedad, o que son contactos pendientes de diagnóstico. Esto sucede porque hay otros profesionales que tienen factores de riesgo de enfermedad grave en caso de contraerla, y son apartados de la atención directa a los pacientes con síntomas sospechosos.

2.4. Otro de los conflictos que surgen, tiene que ver con la **decisión** sobre limitación de tratamiento de soporte vital. Aunque se trata de una decisión del equipo profesional, basada en la evidencia científica, en el caso de la Pandemia, no se dispone de la información suficiente para apoyar esta decisión. La **incertidumbre** y también el desconocimiento de las voluntades anticipadas, en muchos casos dificulta esta toma de decisiones tan compleja.

2.5. En el relato de los profesionales, es común el conflicto entre dos actitudes: por un lado **asumir** las consecuencias del trabajo en las circunstancias de esta época pandémica (con el consiguiente **riesgo** de contagio, el cansancio físico y psicológico), y por otro la necesidad de **proteger** a los familiares con quienes conviven. Verbalizar esta situación dentro de los equipos de trabajo, ayuda a compartir las emociones que surgen, y también la información disponible respecto a los riesgos. Se relatan experiencias de iniciativas de mejora de los turnos de trabajo y descanso y de atender las necesidades concretas de las diversas situaciones personales.

3.-Los deberes

Tras esta reflexión del conjunto de miembros del CBA, basada en la experiencia vivida por los profesionales sanitarios, proponemos las siguientes recomendaciones:

RECOMENDACIONES

El CBA del Departamento Clínic Malva-rosa ha seguido llevando a cabo sus reuniones mensuales, de forma no presencial durante los primeros meses, y mixta, presencial y no presencial después. En estas reuniones, además del trabajo de reflexión y deliberación sobre consultas recibidas, se ha seguido con preocupación la evolución de la pandemia y los múltiples problemas éticos relacionados con la asistencia sanitaria que han ido recogiendo los distintos miembros que integran el comité.

Fruto de este trabajo, hemos elaborado un documento-resumen de todas las aportaciones recibidas, y unas recomendaciones con el objetivo de aportar propuestas de mejora y humanización de la asistencia, aprendidas de la propia experiencia de profesionales, pacientes y familias.

Hemos agrupado las propuestas en tres aspectos:

1. Salud y cuidado de los pacientes y los profesionales

Hacia los pacientes:

- Adaptar organizativamente los equipos y sus funciones a las necesidades de los pacientes que atendemos.

- Desarrollar creativamente nuevas herramientas de comunicación (mirada, voz, palabras...) que minimicen las múltiples deficiencias experimentadas, especialmente en la interacción no presencial. Tener en cuenta que el apoyo emocional, el calor humano y la atención centrada en el paciente no deben quedar relegadas a un segundo plano, sino que son una cuestión prioritaria.
- Cuidar la información sobre los procedimientos de acceso a la asistencia sanitaria, sea presencial o no, y sobre las medidas de seguridad necesarias en los centros sanitarios. Marcar los circuitos de flujo de los pacientes con señales visibles y diferenciadas.
- Mantener actualizados los datos de identificación y localización de pacientes y familiares e incluir la verificación del número de teléfono como campo obligatorio en la app.
- Programar las llamadas a los pacientes en una franja horaria (tal como se hace en las consultas presenciales), con el fin de que haya la mínima interferencia con actividades laborales o de otro tipo que les impidan poder responder a las ansiadas “llamadas de número largo”.
- Mejorar la App de los pacientes para que puedan decir el motivo de la llamada al solicitar fecha (lo cual ayudaría al profesional a programarla en función del mismo).
- Fomentar la autonomía y el autocuidado, motivando a la población en el uso responsable de la atención sanitaria, en el cumplimiento de las medidas de protección personal y colectiva, y en la veracidad en la información que dan de sí mismos.
- Realizar el seguimiento de los pacientes más vulnerables apoyándose en las unidades de Trabajo Social y la actuación del voluntariado, ya que a menudo estos pacientes quedan al margen de ser atendidos en sus necesidades básicas y de atención sanitaria.
- Recordar la vulnerabilidad de la salud y reforzar la planificación de voluntades de los pacientes y de la población en general, aprovechando una época propicia para pensar.

Hacia los profesionales

- Protección y seguridad: todo el personal del centro debe contar con equipos de protección (EPIS, mascarillas, guantes, mamparas...), y hacer un uso responsable de éstos. Los espacios deben ser continuamente desinfectados y convenientemente señalizados.

- Formación: No debería relegarse la oferta de formación, a ser posible presencial, dirigida a todo el personal. Convendría dar prioridad al manejo de la información y la comunicación presencial y no presencial, al aprendizaje de la bioética ante situaciones que plantean conflicto, y también a la actualización permanente en medidas de protección y prevención. Igualmente el personal contratado temporalmente ha de tener acceso a esta formación, además de la propia de la función que se le ha adjudicado.
- Desburocratización: El hecho de poder llevar a cabo las tareas burocráticas a través del correo electrónico, por una parte, ha descargado las consultas presenciales, pero por otra, consume mucho tiempo, debido a que el sistema, los recursos y los profesionales no están preparados para ello. Es necesario que se incremente el personal y se mejoren los programas utilizados con el fin de dar fluidez y eficiencia a la atención sanitaria.
- Relación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales: Las consultas y reuniones virtuales entre los profesionales deben ser favorecidas dado que evitan visitas presenciales innecesarias y repeticiones de exploraciones.
- Trabajo en equipo: Las rotaciones son necesarias entre los profesionales, tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria, ya que permiten tiempos de descanso que alivien y mejoren la tensión física y emocional para fortalecer el ánimo con el que afrontar su trabajo. Las reuniones del equipo asistencial deben favorecerse con el fin de coordinar el trabajo y elaborar protocolos de actuación, compartir la información, deliberar la toma de decisiones difíciles y permitir el cuidado mutuo entre los profesionales.
- Recursos materiales: Es muy importante modernizar los equipos informáticos y actualizar los programas. Se debería fomentar el teletrabajo de los profesionales asintomáticos que permanecen aislados por cuarentena, y de los que tienen cargas familiares y necesitan conciliar su trabajo.
- Gestión de la consulta: Se debería mantener en las agendas un espacio para no desatender a los pacientes crónicos y a los que permanecen en su domicilio por razón de su patología. En especial es necesario mantener la atención a los enfermos paliativos tanto a nivel hospitalario como domiciliario.

2. Salud, gestión pública y cuidado institución

- Manejo de la incertidumbre: Aun siendo conscientes de los frecuentes cambios en la información disponible, y de la necesidad de adaptar las normas y protocolos a las circunstancias concretas de los ámbitos de actuación, hay aspectos aprendidos que deberían generalizarse y protocolizarse como el

apoyo emocional a pacientes, familias y profesionales. Se debe prestar una especial atención al cuidado de las personas que se acercan al final de su vida, al acompañamiento de sus familiares y a la formación de los profesionales que les atienden.

- Anticipar situaciones: A medida que transcurre el tiempo, vamos siendo capaces de anticipar algunos acontecimientos. Por ejemplo, se sabe que dos semanas después de determinadas fechas que conllevan una relajación en el seguimiento de las medidas de prevención, pese a la permanente llamada a la responsabilidad individual y social que se lanza a toda la población, habrá un aumento de las necesidades de asistencia, tanto a nivel de Atención Primaria como en los hospitales. Es necesario tener planes de contingencia bien definidos y coordinados por comisiones permanentes que los revisen y hagan el seguimiento oportuno. Se deben prever recursos materiales y humanos y la formación necesaria para supervisar que estos recursos sean adecuadamente distribuidos.
- Crisis sanitaria y social: La interrelación entre la crisis sanitaria y social se hace muy evidente en el caso de la población más vulnerable y de los ancianos institucionalizados. Es muy importante que la coordinación entre los responsables de la gestión de ambos ámbitos asistenciales sea óptima, evitando completamente las discriminaciones, sobre todo las más simples como las relacionadas con la edad (gerontofobia). No nos podemos permitir que en esta situación haya contradicciones, informaciones confusas, normas ambiguas, competencia por los recursos, control deficiente de la gestión de determinados centros, necesidad de la presencia de geriatras en las residencias...etc. La redacción de la normativa debe ser clara y no limitarse a ofrecer simples "consejos" o "recomendaciones" a los responsables de instituciones socio-sanitarias.

3. Salud, opinión pública y medios de comunicación.

La formación de la opinión pública está fuera de todo control. El hecho de que cualquier información que aparezca en las redes sociales no sea sometida a ninguna verificación, ha propiciado que las opiniones aparezcan sin fundamento, los juicios sin argumentación y las acciones se limiten a un click sin pensar en sus consecuencias.

Es necesario establecer cauces de comunicación que permitan una información fiable, fundamentada, con acceso a sus fuentes, que permita a cada cual elaborar su propia opinión y actuar en consecuencia. La ciudadanía no necesita que le edulcoren las malas noticias. Debemos entender que errar es humano, que todos

somos vulnerables, que en situaciones de crisis no es difícil errar y por lo tanto es importante la humildad y el perdón como habilidades comunicativas en el ejercicio profesional de la responsabilidad. Podemos ser críticos y también razonables. Necesitamos:

- Ejemplaridad moral y profesional de dirigentes y gestores de modo que los ciudadanos comprueben su compromiso por el bien común, por encima del propio interés político o el beneficio económico particular.
- Percibir públicamente un cierto deseo y una animosa voluntad de colaboración entre todos los responsables, que deje a un lado las rivalidades que no favorecen a nadie.
- Recordar a todos las palabras de la Dra. Lluch "Necesitamos volver a tener una medicina cara a cara. La medicina es humanidad, la medicina es contacto, la medicina es verse con la mirada. La medicina telemática tiene un papel cuando es necesario no poner a las personas en riesgo. En estos casos, ha sido fabulosa, pero no puede abarcar toda la carga de humanidad que ha ido adquiriendo a lo largo de los siglos. Tenemos que volver al contacto, a la vida más cotidiana que podamos. Hemos de aprender y sacar lecciones. Y encontrar una fórmula mixta. Quienes lo necesiten, tendrán visita; los que no, al menos una vez al año, ver cara a cara a su médico. La situación nos ha enseñado mucho. Todo lo que debíamos haber aprendido con el tiempo, lo hemos aprendido de golpe y por necesidad. Pero tenemos que volver a tener esa relación personal. La necesitamos las dos partes" (Ana Lluch, extracto de entrevista en Vilaweb)

Diciembre de 2020.



Enlace para consultar directamente con el Comité de Bioética Asistencial:

<http://clinicomalvarrosa.san.gva.es/como-consultar-al-cba>