

GRUPO DE TRABAJO ÉTICA Y COVID-19

INFORME SOBRE MEDIDAS EN RELACIÓN CON LA COVID-19

I. CONSIDERACIONES GENERALES

Tras la sucesión de olas de contagios en nuestro país, y más concretamente en la Región de Murcia, se intuye, por los datos aportados por diferentes medios y organismos públicos, que la incidencia comienza a descender de manera significativa. Esto se traduce en un nuevo periodo de relajación de medidas frente a los contagios.

Esta situación que denominaremos de desescalada de medidas va precedida y está inevitablemente condicionada por la manera en la que el coronavirus SARS-Cov 2 ha ido mutando y afectando en distinta medida a la población. Los datos que se han obtenido de la virulencia y letalidad de la actual variante Omicron, por ejemplo, son claramente menores que otras variantes anteriores. A pesar de ello, Omicron y sus variantes de menor virulencia y letalidad pueden subsistir junto a otras variantes más peligrosas tales como Delta en el momento actual.

Este hecho condiciona en cierta medida la relajación total de medidas, tal y como se plantean en otros países y comunidades autónomas de nuestro país. En cualquier caso, desde un punto de vista ético nos encontramos con la afectación de los principios fundamentales de la bioética:

El principio de beneficencia condiciona al resto. Debemos evaluar hasta qué punto buscar el bien de la persona en un aspecto concreto, el de disminuir el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa, mediante la implantación de diferentes medidas, justifica siempre la intensidad de las mismas. Dependiendo del contexto epidemiológico unas medidas pueden ser proporcionadas o bien desproporcionadas.

Como complemento al anterior, el principio de no maleficencia posiblemente sea el regulador de la proporcionalidad de las medidas adoptadas, y por tanto de las medidas a

adoptar. Por otro lado, continuar con unas medidas agresivas en un contexto de desescalada pueden afectar socialmente a la población, y a una economía ya de por sí muy perjudicada tras dos años de pandemia, aparte de retrasar el diagnóstico y tratamiento de otras patologías, como las oncológicas y las relativas a la salud mental, menoscabando así la salud de muchas personas.

Por otro lado, la intensidad de las medidas se ha decidido con base al riesgo de contagio, y por tanto de enfermar gravemente y/o morir. La intensidad es inversamente proporcional a la libertad de las personas. A mayor intensidad mayor restricción y menor capacidad de hacer lo que la persona considera adecuado para ella según sus valores, principios y/o creencias.

Finalmente, el principio de justicia vela por que las medidas afecten de manera proporcionada y justa a distintos ámbitos de atención, y a diferentes sectores poblacionales. Como hemos apuntado, la toma de medidas frente a la pandemia no puede deteriorar el tratamiento de otras enfermedades. La justicia va de la mano de la equidad, de manera que justo es aplicar medidas en función del riesgo a asumir en cada uno de los posibles escenarios, de manera que ningún sector se vea más condicionado que otro por unas medidas que no siempre deben ser iguales en todos los sectores.

II. MEDIDAS TÉCNICAS DE PREVENCIÓN DE CONTAGIOS

Estas medidas serían aquellas que deberían adoptar las entidades que gestionan espacios donde se reúnan personas en mayor o menor grado. Ejemplos de estas entidades podrían ser locales de ocio y restauración, centros educativos, centros sanitarios, centros sociales, o residencias, entre otros.

La pandemia ha provocado la implantación progresiva de nuevos sistemas tecnológicos que complementan algunas de las medidas ambientales, y en caso de baja incidencia y/o letalidad del virus pueden incluso sustituir parte de las medidas. En este sentido, sería recomendable la implantación de determinados aparatos que permitan la recirculación e intercambio de aire en espacios con poca capacidad de ventilación. La proporcionalidad de esta medida vendría dada por la universalidad de su beneficio, ya que permite prevenir no solo la condensación de partículas de virus Sars-Cov2 sino también de otros

microorganismos. Esta medida podría ser prolongada en el tiempo por lo que la posible inversión de los propietarios de los locales (restauración, colegios, residencias, hospitales, etc) podría recuperarse.

Otra medida sería la colocación de detectores de CO₂, los cuales permiten modular el tiempo de ventilación de los locales, disminuyendo la incomodidad por frío o calor de las personas que en ellas permanecen.

Además, es muy recomendable que, en todos los locales susceptibles de escasa ventilación o de reunión de personas en los mismos espacios exista una cartelería, acordada por la Administración y los estamentos implicados, en la que se recomiende de manera gráfica y fácil de entender las medidas a adoptar por las personas que acudan a dichos locales, al menos durante el periodo de transición hacia la normalidad.

Desde un punto de vista ético no podemos sustituir la responsabilidad del Estado en la salvaguarda de la salud de los ciudadanos por la responsabilidad que deben asumir los responsables de las entidades. Las medidas tecnológicas entendemos que de manera proporcionada pueden ser adoptadas por los responsables de las entidades y centros. Pero la labor de vigilancia del cumplimiento de las medidas debe ser una cuestión de solidaridad y responsabilidad de cada ciudadano.

III. MODULACIÓN DE LA INTENSIDAD DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Desde un punto de vista ético la intensidad de las medidas puede ser maleficiente cuando éstas vulneran la autonomía de las personas. Así, la intensidad de las medidas deberá corresponderse con el riesgo real y ponderado de contagio en función de los datos aportados por los organismos públicos sanitarios. De esta manera es recomendable aludir a la voluntariedad y solidaridad de las personas para cumplir con las normas de prevención de contagio. Serán las medidas a tomar por las personas que acuden a los centros y entidades referidas en el apartado anterior. Sus decisiones en autocuidado y responsabilidad en salud, consigo mismo y con los demás, toman aún mayor relevancia en tiempos de desescalada.

Comprenderían las que ya conocemos de uso de mascarilla, de geles hidroalcohólicos y distancia de seguridad en la medida de lo posible y de manera proporcionada al cumplimiento del resto de medidas ambientales.

Se debería seguir haciendo campañas de sensibilización de la necesidad de vacunación dirigidas al ciudadano y a los profesionales sanitarios tal y como se está haciendo actualmente, no solo en lo referente al Sars-Cov2.

IV. ACOMPAÑAMIENTO DE OTRAS PERSONAS

La morbimortalidad del virus debe ponderarse en función de los datos aportados por los organismos públicos sanitarios, y por sectores poblaciones. Así es relevante hablar de las medidas de aislamiento que incluyen la prohibición de visitas y acompañamiento a personas mayores y/o enfermas. Los dos ámbitos donde con más intensidad se han aplicado estas medidas han sido en el entorno hospitalario y en las residencias de mayores, por lo que intentaremos adecuar dicha intensidad al riesgo real de contagio, enfermedad y muerte.

En los hospitales, de manera general, tendría que tenerse en cuenta los beneficios y perjuicios que la prohibición de acompañamiento por una o varias personas a los enfermos ingresados en un determinado momento. Así, entendemos que ya no se sostiene la restricción de una persona por enfermo en la habitación, salvo las excepciones propias relacionadas con la naturaleza del padecimiento que sufre el paciente. Con las debidas medidas de uso de mascarilla e higiene de manos por parte de los familiares el paciente podría estar acompañado por más de una persona a lo largo del día, aunque no deba haber más de una al mismo tiempo acompañando. De esta manera se facilita el descanso del familiar y el acompañamiento por más miembros de la familia o amigos. La no relajación de las medidas restrictivas actuales pueden afectar negativamente la salud mental de los enfermos y familiares en momentos en los que precisamente más necesitan el calor humano al ser acompañados.

En las residencias, la prohibición de visitas, así como los aislamientos individuales de los mayores a la vuelta de una posible salida fuera del centro, no tiene sentido ni utilidad en el actual marco epidemiológico, y es desproporcionada en cuanto al perjuicio provocado

a los ancianos en relación al escaso beneficio obtenido, pues la inmensa mayoría de contagios en las residencias ha sido originado por los trabajadores.

Asimismo, el uso de test de antígenos como medida preventiva del contagio utilizada para los trabajadores tanto si estaban vacunados o no, podrían extenderse a los familiares y, apelando a la responsabilidad de la ciudadanía, sobre todo si han podido hallarse previamente en situaciones de posible contagio, como estancias en espacios cerrados o aglomeraciones.

El uso del certificado COVID no es útil en este ámbito y puede ser sustituido por la realización obligatoria de test de antígenos previa a la visita, además de la obligatoriedad del uso de mascarilla; esta medida debe observarse con precaución igualmente ya que un negativo da una falsa sensación de seguridad que puede no ser real si el test se ha realizado incorrectamente o en el momento inapropiado para detectar un positivo.

Esta obligatoriedad del cumplimiento de medidas se justificaría, a diferencia de lo observado en otros sectores, por la obligación ética de preservar la salud de las personas que no pueden hacerlo por sí mismas; en este caso, la salud en peligro no es tanto la de los familiares, que podrían decidir voluntariamente sobre el uso de las mascarillas en el entorno externo, por ejemplo, sino que se trataría de la salud de personas muy vulnerables, los mayores. Se justificaría de manera análoga a como se justifica el uso de guantes y mascarillas por parte de los profesionales como medida de prevención universal de enfermedades.

V. USO DE PASAPORTE/CERTIFICADO COVID EN LOCALES DE RESTAURACIÓN Y OCIO

Los actuales datos epidemiológicos no apoyan los beneficios de esta medida como freno a los contagios. Igualmente, es difícil ponderar la utilidad de una medida que intuimos no ha sido cumplida por aquellos que la debían exigir. La necesidad primaria de obtener una retribución por el trabajo realizado por parte de los propietarios de los locales de ocio y restauración basada en el número de personas atendidas choca de frente con el seguimiento por parte de estos mismos propietarios del cumplimiento de esta medida. La función de seguimiento del cumplimiento de esta medida no puede ser delegada por los poderes públicos a aquellos que ven en el incumplimiento la única salida a una situación de crisis económica.

Igualmente, poseer el certificado de vacunación no exime del contagio del virus, tal y como se ha comprobado, por lo que su utilidad es relativa y sus efectos serían más disuasorios que de otra naturaleza. Esto estaría apoyado por los mismos argumentos que refrendan la no obligatoriedad en la vacunación, pues ésta teóricamente puede ser sustituida por el uso de las medidas universales de prevención del contagio.

VI. ACCESO AL SISTEMA SANITARIO DE PERSONAS VULNERABLES Y CON PATOLOGÍAS NO COVID-19

La pandemia de la COVID-19 ha provocado un incremento en la presión del sistema de salud en nuestra Región que le ha dirigido a una situación cercana al colapso. Ante esta situación y con el ánimo de reforzar la asistencia sanitaria y de prevenir contagios en los hospitales y centros de salud, se adoptaron algunas medidas dirigidas a un modelo mixto de atención telefónica o telemática y de asistencia sanitaria presencial.

Sin embargo estas medidas, unido al aumento de los tiempos de las listas de espera por la sobrecarga asistencial, han afectado a una parte considerable de la población con necesidades asistenciales por otras patologías de salud, de manera especial a los colectivos más vulnerables. En concreto, a personas que carecen de medios materiales para relacionarse con la Administración sanitaria de forma digital o sin las habilidades necesarias para hacerlo, pacientes con enfermedades crónicas o mentales, y en general a usuarios que dependen en mayor medida de nuestro sistema sanitario.

Por ello, sería aconsejable adoptar medidas concretas que aseguren el acceso a la atención sanitaria de estas personas que, por la crisis sanitaria derivada de la pandemia, han sufrido un menoscabo de su asistencia clínica. Por ejemplo, asegurar a los colectivos más vulnerables una mayor accesibilidad a la asistencia sanitaria presencial, o crear estructuras de apoyo que les faciliten el acceso online.

VII. APERTURA GRADUAL DE LAS RESIDENCIAS

Las residencias de mayores han sido duramente golpeadas durante toda la pandemia. Por un lado, por el virus y sus diferentes mutaciones; por otro, por las medidas

que se implantaron para disminuir, si no evitar, el impacto del contagio dentro de estas instituciones.

Los actuales datos epidemiológicos nos ofrecen una información valiosísima y esperanzadora en cuanto al impacto del virus, al menos en su versión ómicron, tanto en lo referente a la capacidad de provocar brotes en las residencias como a la mortalidad y letalidad asociadas a dichos brotes. Han seguido habiendo brotes, pero la mortalidad y letalidad asociadas a los mismos ha sido particularmente muy baja, al menos si la comparamos con otras oleadas anteriores, e incluso con la mortalidad pre-COVID.

Este hecho es muy relevante a la hora de diseñar planes de apertura y desescalada en las residencias. Numerosos estudios nos informan acerca de lo perjudicial que está resultando para los mayores institucionalizados periodos tan largos de confinamiento y aislamiento social, a pesar de los esfuerzos de las organizaciones gestoras para facilitar las visitas y las salidas.

Por ello, entendemos que en las residencias se deben plantear, desde un punto de vista ético, nuevos escenarios en los que equilibrar los principios de beneficencia (proteger a los más vulnerables) y de no maleficencia (no perjudicar a los más vulnerables, en este caso con las mismas medidas que se diseñaron en otros escenarios para protegerles); igualmente, podríamos referirnos al principio de justicia y de no discriminación cuando comparamos a las personas como tales, que no como residentes institucionalizados, dentro de una misma sociedad; los mayores de la residencia y sus familiares podrían preguntarse hasta qué punto es perjudicial para ellos la institucionalización, si comparamos sus condiciones de vida actual con las del resto de mayores fuera de las residencias. Los años que preceden a la muerte son aquellos en los que más deberíamos diseñar intervenciones para facilitar la adopción de sentido a la vida, en lugar de hacer de ello una lenta agonía.

Por todo lo anteriormente expuesto es imperioso replantear nuevos planes de prevención y de abordaje de brotes que causen el menor impacto negativo posible en aquellos mayores contagiados sin síntomas graves, e incluso en aquellos que siendo positivos en COVID no presentan síntomas. La normalidad en la convivencia dentro de estas instituciones debería encaminarse hacia lo contingente del abordaje de los brotes y la

prevención del impacto negativo de los mismos en la vida del resto de mayores; particularmente, se deben eliminar de los planes los aislamientos preventivos de personas mayores dentro de las residencias ante cualquier alarma por positivos entre el personal laboral, e incluso entre los residentes.

Sería recomendable y perentorio revisar los actuales planes de prevención y abordaje propuestos por la Consejería de Salud y la Consejería de Política Social para adaptarlos a la actual situación epidemiológica e intentar revertir los confirmados y evidenciados efectos negativos del aislamiento social.