

VII CONGRESO NACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA Toledo, 16, 17, 23 y 24 de abril de 2021

MESA 2:

«De la necesidad de priorizar en la asistencia a la deshumanización y abandono de los enfermos durante la pandemia de la Covid-19»

Hacia la segunda mitad del siglo XVII, la *Ética* de **Spinoza** (1632-1677) ya señalaba cómo «*la mayor parte de nuestros errores consiste simplemente en que no aplicamos con corrección los nombres a las cosas*». Llamamos de cualquier modo a cualquier cosa (y así nos va, podríamos decir hoy).

Paradójicamente, en esta época de incertidumbre, la fragilidad y el deterioro de cuanto nos rodea y nuestra propia vulnerabilidad son las únicas certezas de las que podemos estar realmente seguros: *vulnerant omnes, ultima nequitia*, todas hieren, la última mata, decía el adagio latino que se colocaba en los cuadrantes solares y en los relojes de algunas iglesias. La vulnerabilidad supone que somos seres afectables, heribles y sensibles.

La precisión es importante, qué duda cabe. La elección de la palabra es importante. El politólogo **Giovanni Sartori** afirmaba en este sentido que «*las palabras son nuestras gafas; equivocar la palabra es equivocar la cosa*».

Pues bien, es sabido que establecer prioridades, y con ello realizar elecciones o evaluar preferencias, forma parte de la vida. Es un elemento central de la práctica médica desde tiempos inmemoriales y, podría decirse incluso, *el elemento central* de la medicina, en tanto en cuanto en la cabecera del paciente el médico tiene que resolver qué considera durante el encuentro clínico; a saber: signos, síntomas, contexto e historia personal, un elemento cada vez y, lo que es más importante, en qué orden. Esto ha sido siempre la esencia de la evaluación clínica y, por tanto, del “juicio clínico”.

El establecimiento de prioridades en la atención sanitaria puede definirse como la clasificación o categorización de los servicios sanitarios y la clasificación de los destinatarios o receptores de estos servicios. Esta clasificación puede ser sistemática y estar basada en la evidencia, o ser discrecional y elaborada *ad hoc*. Generalmente será el resultado mixto de la planificación de políticas, mecanismos de financiación, presupuestos históricos, regulaciones legales, intereses de los profesionales, de la influencia de los pacientes y sus organizaciones y de la opinión pública.

Hace poco más de tres años, el Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES.) de la Universitat Pompeu Fabra (UPF) publicó un libro colectivo¹ compilado por **Juan del Llano** y **Salvador Peiró** en el que examinaban algunas de las cuestiones referidas a la priorización de la asistencia sanitaria y a los procedimientos empleados para ello, el papel de las partes interesadas en el proceso de priorización, el tipo de evidencia necesaria para decidir prioridades y la existencia o no del necesario debate y transparencia en el proceso.

Dos de los capítulos de aquella publicación estaban directamente relacionados con el objeto de esta Mesa:

¹ Del Llano-Señarís J, Peiró Moreno S. *Prioritising Health Services or Muddling through*. Springer Healthcare Ibérica S.L. Madrid, 2018. Disponible en: <https://www.upf.edu/documents/3223410/3287206/Prioritising-Health-Services-or-Muddling+Through.pdf/fcdb94af-d637-083f-0e1b-79ad530c380a>

Por un lado, «*Bioética y evaluación de tecnologías sanitarias: una pareja no tan extraña*», en el que las autoras, **Anna García-Altés** y **Cristina Adroher**, destacaban precisamente la importancia de tener en cuenta los principios de la bioética: Autonomía, No maleficencia, Beneficencia y Equidad o Justicia y su aplicación en la evaluación y establecimiento de prioridades en el ámbito sanitario.

El capítulo final, «*Las verdades incómodas de la priorización de la atención sanitaria*», escrito por el profesor **Ángel Puyol**, explicaba que un enfoque correcto para la priorización de la atención sanitaria requiere aceptar algunas verdades éticas y políticas ciertamente incómodas: *La primera y fundamental es (...) que la priorización de la atención sanitaria, o el racionamiento, es un problema ético que no se puede evitar. También debemos aceptar que la ética del racionamiento de la atención sanitaria está vinculada a la justicia social y no solo se puede limitar a la ética clínica.*

Desafortunadamente, no existe un criterio ético o una combinación de criterios éticos que sirvan como varita mágica para aliviar nuestra conciencia después de llevar a cabo el ejercicio de priorización, aunque hay procedimientos que son más justos que otros para determinar cómo lograrlo. «*En términos generales, los criterios éticos de priorización vinculados a la necesidad son más justos que aquellos que ponen el énfasis en el mérito personal y la responsabilidad por la propia salud*».

«*La priorización significa que algunos pacientes no recibirán la atención médica que necesitan, y ningún criterio ético de priorización puede evadir la insatisfacción moral resultante. La ética de la priorización consiste en que la decisión final es la más razonable desde el punto de vista de los valores sociales y la información disponible, pero el conflicto ético dentro de la sociedad y la insatisfacción moral de cualquier decisor sensible siempre serán inevitables*».

Como resumen cabría subrayar:

1. *La priorización en la atención a la salud es inevitable.*
2. *Esto conlleva la denegación de recursos a pacientes que los necesitan para algún tipo de beneficio para su salud.*
3. *La priorización es una cuestión de justicia social y no de un mero acceso equitativo al sistema de salud.*
4. *También es una cuestión ética, que no se resuelve mediante un mero razonamiento clínico o económico, y no se resolverá mediante la aplicación de un criterio ético moralmente indoloro.*
5. *Exige un compromiso de solidaridad por encima de la libertad individual.*

Se ha convertido ya en un lugar común decir que la crisis sanitaria provocada por la pandemia de la COVID-19 ha sometido a los profesionales sanitarios y al sistema de salud en su conjunto a una presión sin precedentes. El impacto de la pandemia sobre los profesionales se dejará sentir durante mucho tiempo. La crisis también ha dejado al descubierto y ha exacerbado los problemas previos a los que se enfrentaban, incluyendo desigualdades, condiciones de trabajo inadecuadas y una excesiva presión asistencial.

Pero ¿en qué medida también la crisis sanitaria ha contribuido a esa *deshumanización y abandono de los pacientes* en la relación clínico-asistencial que enuncia y de la que se hace eco el título de la Mesa?

Hablemos entonces de *humanización*. Como señalaba hace algún tiempo **Joan Carles March** en un editorial de la Revista de Calidad Asistencial², en el contexto sanitario el concepto de humanización suele hacer referencia a la atención centrada en la persona, al abordaje integral de la persona enferma, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Esta perspectiva concede la misma importancia a las necesidades sociales, emocionales y psicológicas que a las puramente orgánicas o fisiológicas, lo que significa hacer referencia a la persona en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emocional, social y espiritual.

A pesar del carácter controvertido -en ocasiones incluso polémico- del concepto, algunos profesionales describen el fenómeno de la *deshumanización* como un problema asociado modernamente al desarrollo tecnológico de la práctica clínica y a la despersonalización, a la fragmentación asistencial y división de las personas en partes y no verlas como un todo único. Sin embargo, el fenómeno de la *deshumanización de la sanidad* es multifactorial, como resultado de una compleja red de factores asociados, entrelazados e interactuantes. Estos factores derivan tanto del orden social como de la propia dinámica y organización de las instituciones sanitarias. También tienen relación con la formación (muchos profesionales sanitarios presentan déficits en su formación sobre comunicación y trato de la intimidad y de la autonomía del paciente), con la consecuente práctica inadecuada, sin olvidar algunos otros factores derivados de los pacientes. En definitiva, se trata de un fenómeno complejo, en el que los factores de tipo sociológico, los atribuibles a la organización y al funcionamiento de las estructuras sanitarias, los imputables al personal sanitario, y los relativos al paciente y su medio, así como aquellos originados por la aplicación inadecuada de los avances de la tecnología se encuentran conectados unos a otros, como causas y consecuencias unos de otros. Por todas estas razones, humanizar la salud es una tarea compleja que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la mejora de la relación entre pacientes y profesionales y la formación de estos.

En el trascurso de la pandemia se han puesto en marcha nuevos procedimientos y fórmulas de atención que han cambiado el escenario y el panorama de la atención sanitaria. La pandemia de COVID-19 ha llevado incluso a cambiar y redefinir el modelo de asistencia sanitaria, tanto en Atención Primaria como en los centros hospitalarios, adaptándolo sobre la marcha a las necesidades del momento, modificando la organización funcional de los equipos, reorganizando espacios y estableciendo circuitos asistenciales, planes de contingencia y de actuación sanitaria, así como de protección de pacientes y profesionales. La atención sanitaria presencial se ha visto sustituida en gran medida por la atención telefónica y telemática, fundamentalmente para el seguimiento de muchos tipos de pacientes: casos probables, posibles y/o confirmados de infección con Covid-19, patologías crónicas, pacientes inmovilizados y sus cuidadoras, renovación de tratamientos, procedimientos administrativos, llamadas y resolución de dudas, etc., en la atención médica y de enfermería, tanto de la población adulta como de la pediátrica. En muchos casos ello ha dificultado la accesibilidad a los servicios y la comunicación de muchos pacientes con los profesionales sanitarios³.

² March JC. *Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios*. Rev Calid Asist. 2017;32(5):245-247. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-humanizar-sanidad-mejorar-calidad-sus-S1134282X17300696>

³ Amnistía Internacional. Informe *La otra pandemia. El derecho a la salud y la atención primaria en España. Entre el abandono y el desmantelamiento*. Febrero 2021. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/el-derecho-a-la-salud-y-la-atencion-primaria-en-espana/>

Hasta qué punto ello pueda considerarse o ser percibido como una vulneración de los derechos y un deterioro en la calidad de la atención sanitaria es algo que deben valorar los propios pacientes. Y, en este sentido, parece obvio que un exceso de paternalismo y beneficencia han podido ir en muchos casos en detrimento de la autonomía de las personas. *La beneficencia sin autonomía se convierte en maleficencia*, afirma el profesor **Diego Gracia**⁴. Como es lógico, el racionamiento y la priorización de determinados servicios o prestaciones no justificarían, en ningún caso, la deshumanización o el abandono de los pacientes a su suerte.

En un reciente artículo aparecido en varios medios de comunicación⁵, el filósofo surcoreano **Byung-Chul Han** sostiene que la Covid-19 es el reflejo de un mundo enfermo, de manera que el coronavirus ha potenciado algunos de los males de nuestro tiempo, resaltando aún con más fuerza los síntomas de las enfermedades que nuestra sociedad padecía ya antes de la pandemia: la fatiga como una enfermedad de la ‘sociedad neoliberal del rendimiento’⁶. El virus no ha hecho sino amplificar las crisis previas de nuestra sociedad. En este contexto, el *teletrabajo* hace que nos autoexplotemos aún más; las permanentes videoconferencias que nos convierten en *videozombis* no suplen el contacto y, aislados, nos limitamos a sobrevivir, exhaustos. El *teletrabajo* agota porque carece de rituales y estructuras temporales fijas. Lo que predomina es una comunicación sin comunidad, sin abrazos. De esta manera, el virus ha acelerado la desaparición de los rituales y la erosión de la comunidad.

La comunicación digital es una comunicación bastante unilateral que no se transmite con el cuerpo ni a través de miradas y que, por tanto, es bastante reducida. La pandemia ha provocado que se establezca como estándar este tipo de comunicación, que en sí misma resulta tan inhumana (o deshumanizada). Así, esta falta de contacto refuerza la tendencia a la inhumanidad (o deshumanización) produciendo frialdad, insensibilidad e indiferencia.

En el ámbito sanitario la necesidad de la atención presencial se pone de manifiesto si tenemos en cuenta que ya la mera presencia corporal del *otro* tiene algo que nos hace sentir mejor, de que el lenguaje implica una experiencia corporal, de que un diálogo logrado presupone un cuerpo, de que somos seres corpóreos. Por eso, la digitalización debilita el vínculo comunitario por cuanto que tiene un efecto *descorporizante*. La comunicación digital es una comunicación descorporizada⁷.

Lo que más nos preocupa hoy es *sobrevivir*. Pero sobrevivir no es vivir. Nuestra sociedad se ha convertido así en una sociedad de la supervivencia, perdiendo por completo la capacidad de valorar la calidad de vida. Sacrificamos a la supervivencia todo lo que hace que la vida sea digna de ser vivida.

En su *“filosofía de la proximidad”* **Josep María Esquirol** habla de la necesidad de mantener una mirada reflexiva y atenta que, a diferencia de la visión “panorámica”, no busca una explicación global, más bien busca “desexplicar” para acercarse a la significación de las cosas, Desbrozar para clarificar (iluminar) y abrir paso... porque no somos nosotros los que hacemos las preguntas, sino que son las preguntas las que nos alcanzan y, al dejarnos tocados, nos hacen a nosotros.

⁴ Gracia Guillén D. Fundamentos de Bioética. Triacastela 3ª ed. Madrid, 2007.

⁵ Byung-Chul Han. *La pandemia y el cansancio*. EL PAÍS, 21 de marzo de 2021.

⁶ Byung-Chul Han. *La sociedad del cansancio*. Herder. Barcelona, 2016

⁷ Byung-Chul Han. *La desaparición de los rituales. Una topología del presente*. Herder. Barcelona, 2020.

«Sin una sola palabra amable la vida es terrible», afirmaba el filósofo hace unos días⁸ en la presentación de su última obra publicada, con el significativo título de “Humano más que humano. Una antropología de la herida infinita”, (Acantilado, 2021), señalando que «el transhumanismo y la ciencia prometen ir más allá de lo humano, pero se da la paradoja de que hoy “nos quedamos cortos en humanidad; se trata de ir más adentro de nosotros, no más allá; podemos colonizar Marte, pero la idea ahí sería la misma: hay que intensificar lo que nos caracteriza como humanos», y añadía: «Sólo habrá un habla verdadera cuando hayamos escuchado y hoy nadie escucha; se habla, pero no se escucha...»

Los sistemas sanitarios estarán humanizados cuando estén realmente al servicio de todas las personas; humanizar no consiste en un «buenismo» impostado, sino en promover la excelencia profesional con los medios humanos y tecnológicos disponibles y con las actitudes necesarias. Y esto también requiere inversión económica y un conjunto de áreas de mejora a través de la escucha de todos y cada uno de los protagonistas. La humanización conlleva esfuerzo y cuidado, paciencia, lentitud y capacidad de reflexión: «Mirar al interior, reivindicar la persona humana singular, saber escuchar, vivir sin precipitación, perdonar, sentir, sufrir, entrar en contacto con los otros, vivir con lo esencial, decir una palabra amable, ser más humanos».

Escuchar, comprender, empatizar y apoyar/ayudar, como bases de un liderazgo compasivo que debe impedir el daño a los más vulnerables y tener en cuenta que, como recordaba **Teilhard de Chardin**, “lo difícil no es resolver los problemas, sino aprender a convivir con ellos”.

Rodrigo Gutiérrez Fernández
marzo 2021

⁸ EL PAÍS. 10 de marzo de 2021 <https://elpais.com/cultura/2021-03-09/sin-una-sola-palabra-amable-la-vida-es-terrible.html>