

¿LA SALUD DE QUIEN ESTAMOS DEFENDIENDO? DESIGUALDADES SOCIALES Y SANITARIAS EN TIEMPO DE PANDEMIA

1. TIEMPO DE DELIBERAR PARA DECIDIR

Eudil Carbonel, co-director de los yacimientos de Atapuerca, piensa que la catástrofe humanitaria que estamos viviendo es uno de los pocos momentos de la historia en que se pone en peligro “la especie humana”. De pronto somos conscientes de nuestra fragilidad como humanidad y de nuestra interdependencia, Nuestra pretendida y sobrevalorada autonomía moderna, tantas veces malentendida como autosuficiencia, parece que no es suficiente para el mantenimiento de lo más básico y perentorio: VIVIR.

La palabra CRISIS significa etimológicamente “decisión”; Es el tiempo para DECIDIR qué debemos de hacer, es el tiempo de la ÉTICA, de la RESPONSABILIDAD, de ver lo que está ocurriendo y reconocer cuáles son los VALORES imprescindibles a preservar ahora, en este tiempo extraordinario, y después, para avanzar como humanidad. Es el tiempo para escuchar, dialogar y DELIBERAR, para encontrar respuestas y soluciones PRUDENTES, como diría el profesor Gracia Guillén (¹); es el tiempo de acordar como comunidad humana, como sociedad, qué VALORES Y VIRTUDES debemos cuidar, proteger, desarrollar y crear. Es el tiempo de proponer lo que nos parece que es BUENO.

22 personas interesadas por la ética, principalmente profesionales de los servicios sociales y sanitariosⁱ, hemos intentado darnos cuenta y comprender lo que estaba ocurriendo. Ampliando la mirada, más allá de la necesidad de UCIs y respiradores, hemos tratado de VISIBILIZAR por qué estaban sufriendo las personas. Tras reconocer los hechos que generan incertidumbre y dolor, hemos indagado en sus porqués desde diferentes perspectivas e interpretaciones y nos hemos atrevido a proponer algunas orientaciones para algunos de los problemas que hemos descubierto. Porque somos AGENTES MORALES, también en esta situación extraordinaria, hemos de procurar lo éticamente correcto, las propuestas óptimas para respetar la dignidad y los derechos de todas las personas y colectivos.

Si comprendemos la salud como forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa, según la define nuestra Ley de Salud Pública, es algo más que sobrevivir, es algo más que no enfermar; salud es tener capacidad de desarrollar un proyecto personal y social, ser solidarias con las personas que nos rodean, de amarlas, de no abandonarlas. Es capacidad de cuidar, y cuidarnos.

2. EL AISLAMIENTO TOTAL COMO RESPUESTA UNICA y HOMOGENEIZANTE PARA UNA SOCIEDAD DIVERSA Y CON GRAVES DESIGUALDADES

Entendemos y consideramos que ha sido correcta la medida de confinamiento de la población en esta situación. Pero reconocer y estar atentos a los daños que puede provocar, forma parte de nuestra salud moral y de la obligación de los/as profesionales.

Sabemos cuáles son los factores principales que inciden en sus consecuencias: la voluntariedad o no del mismo; la capacidad de comprender la situación asumiendo que tendrá un final para poder tolerar la incertidumbre; el acompañamiento que otorga seguridad frente al miedo; la

¹ GRACIA GUILLEN, D. (2016) “Tomar decisiones morales. Del casuismo a la deliberación”. Dilemata, Nº. 20, 2016, págs. 15-31

experiencia de confianza o de desconfianza; y el contar con los recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas...

Se ha argumentado insistentemente que el Bien común en situación de emergencia justifica la falta de atención al bien particular y la restricción de derechos individuales, dando por supuesto que lo común (vivir) es igual en toda la ciudadanía. Sin embargo, La pandemia ha puesto en evidencia las desigualdades existentes anteriormente que NECESARIAMENTE diversifican la afectación de la enfermedad, y de las medidas propuestas, y como consecuencia el confinamiento no ha sido el mismo vivir confinado en todas las personas. Han emergido precarias situaciones de pobreza, la brecha digital, económica y social de niños y niñas, el hacinamiento, la infravivienda... Por eso vemos necesario perfilar algunas situaciones donde el aislamiento debe de ser establecido con cautela, y establecer con claridad criterios de flexibilización, de compensación o de apoyos en algunas personas que lo pueden vivir con gran sufrimiento, o que les puede generar daño.

3. LA JUSTICIA COMO CRITERIO EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS Y DE SERVICIOS SOCIALES

Esta crisis saca a la luz la debilidad de los avances conseguidos en las políticas de coordinación entre las prestaciones sanitarias y de servicios sociales, en la asunción de la función, también cuidadora, del sistema de salud, en el modelo dominante biomédico y centrado en el hospital, que ha dejado de lado la atención comunitaria de la atención primaria y también los cuidados básicos, responsabilidad de los servicios sociales.

El reconocimiento de la IGUAL DIGNIDAD es la que fundamenta la igualdad de derechos de la ciudadanía, también en esta situación de alarma que estamos viviendo. Desde siempre, y también ahora, han existido modos de tratamiento y relación que quebrantan la dignidad: cuando las personas son tratadas como un *puro medio* (se las utiliza, se las explota), como un *no valor* (molestan y se las discrimina) o como un *disvalor* (por ser una carga, modelo eugenésico) (Etxeberria, 2005)²:

Son varias las personas o colectivos³ que han alertado del aumento de la APOROFOBIA (discriminación por ser pobre), GERONTOFOBIA (discriminación por edad) Y DEFICIENTISMO (discriminación por discapacidad) y queremos hacernos eco de ello. En concreto, queremos visibilizar a las personas en situación de exclusión social, mujeres y familias migradas o con empleos precarios, a las personas mayores, personas con discapacidad, enfermedad mental, TEA, adicciones, personas privadas de libertad, víctimas de violencia de género, niñas y niños, familias vulnerables que viven con alta precariedad, ...

El desarrollo en las últimas décadas de los servicios de atención a personas vulnerables y en situación de exclusión, por parte del estado, como expresión de justicia, puede haber debilitado la conciencia de ligazón y ob-ligazón de las personas dentro de los contextos de apoyos naturales: familias, vecindario, amigos/as, etc. La pandemia está poniendo en escena los límites y contradicciones del propio sistema. Un problema muy importante que puede generar, si no se aborda convenientemente, es un debilitamiento de la cohesión social y abandono y discriminación de las personas más vulnerables.

² ETXEBERRIA, X. (2005). Aproximación ética a la discapacidad. Bilbao: Universidad de Deusto.

³ Adela Cortina, Plena Inclusión, SEGG, etc.

En este escenario reconocemos el valor de personas voluntarias que de manera libre y solidaria se han ofrecido gratuita y altruistamente a ayudar en lo que fuese necesario.

4. MORIR Y HACER DUELO EN TIEMPOS DEL COVID

En estos meses de pandemia han muerto muchas personas como consecuencia del contagio del Virus Covid-19, (a 27 de abril, 1.269 personas fallecidas con enfermedad confirmada en Euskadi, y 23.822 en España). La falta de respuesta a los tratamientos intensivos, y en algunos casos el no ser candidatas a ellos, requeriría, como marca nuestra legislación, una atención propia para bien morir que claramente ha sido deficitaria en muchos de los casos.

La centralización de la asistencia sanitaria en los tratamientos agudos e intensivos, la atención telefónica de atención primaria en los domicilios, la prohibición de visitas y acompañamiento familiar a las personas enfermas en hospitales y centros residenciales, y la falta de cualificación y de recursos necesarios en determinados lugares, para unos correctos cuidados paliativos, han sido las causas principales de este mal morir. El fallecimiento de una persona es algo único que no se puede posponer para cuando la crisis pase, ni se puede recuperar, y que aunque parezca que no deja consecuencias negativas, puede dejar graves huellas emocionales en las personas allegadas, y dificultar el duelo posterior.

Se comprenden las limitaciones en esta situación por los riesgos para la salud pública, pero no podemos olvidar los derechos de las personas al final de la vida, recogidos en nuestro marco legislativo, y que deben por todos los medios, intentar garantizarse.

5. LAS OBLIGACIONES ÉTICAS DE LOS/LAS PROFESIONALES Y LA RESPONSABILIDAD CIUDADANA

Los colectivos profesionales, asistenciales y de servicios, han demostrado gran integridad y compromiso en esta crisis. La responsabilidad profesional emerge en las personas que han cultivado determinados valores y modo de concebir su profesión. Quienes no han cultivado dichos valores y virtudes no es fácil que estén dispuestas a arriesgarse. Por eso han existido casos de personas que no han cumplido con lealtad aquello a lo que se habían comprometido previamente con la sociedad.

Han existido conflictos de carácter ético (y en ocasiones también legal) entre la responsabilidad de atención a la población, y la seguridad y el cuidado de su salud. No está bien abusar del carácter vocacional y solidario, y permitir que las personas trabajen en condiciones límites y/o de desprotección o sobreexponerlas a la fatiga y al *burnout*. Tampoco es correcto en virtud de la propia seguridad, negarse a atender necesidades que no pueden ser prestadas a través del teletrabajo. Como siempre, los extremos no suelen ser la mejor opción en situaciones de conflictos de valor. Creemos que ha faltado la deliberación para poner en marcha cursos de acción que distribuyeran los equipos de protección en función del riesgo y no del estatus o la categoría profesional y facilitaran el acompañamiento personal y emocional de los/las profesionales.

No es menos importante, hablando de responsabilidad y de solidaridad, la excelente respuesta de la mayoría de la población “quedándose en casa” con lo que ello supone no solo de aislamiento y pérdida de relaciones sino, en muchísimos casos, de pérdida del propio sustento. Queremos subrayar la necesidad que tenemos las personas de cumplir con nuestras propias obligaciones morales, independientemente de nuestra condición social y de salud. Es comprensible que dichas obligaciones se vean limitadas si su cumplimiento puede suponer un riesgo contrastado y demostrado para terceras personas. Si no es así, se podrá aconsejar y

recomendar a la población determinadas medidas y orientaciones para el cuidado de la salud, pero no se pueden imponer coactivamente, más en el caso de que supongan una limitación de sus derechos.

¿Y AHORA QUÉ? MIRANDO AL FUTURO

Próximamente vamos a iniciar la fase de desescalada, es decir, de ir retomando poco a poco la normalidad, con prudencia, para seguir vigilando la extensión del virus, pero reconociendo y confiando en la responsabilidad ciudadana en la gestión de su salud, sin discriminación por edad y respetando la autonomía personal, que no es otra cosa que la capacidad de cumplir con las propias obligaciones morales.

Hemos aprendido mucho en estas semanas, muchas cosas buenas, pero también cosas que pueden mejorar y es nuestra obligación intentarlo seriamente si de ello depende que las personas, todas, podamos vivir decentemente. Compartimos a continuación lo más importante de lo aprendido en nuestro grupo:

- Que si tratamos a todas las personas igual, faltaremos a la equidad y al reconocimiento de que la igual dignidad merece igual estima y consideración, pero no hacer lo mismo.
- Que hay personas que tienen serias dificultades para ser reconocidas como sujetos de derechos.
- Que la salud es vida autoinsuficiente con significado, que necesita relación y compromiso.
- Que las ayudas de emergencia, no pueden ni deben de ser, en una sociedad justa, el modo habitual de enfrentar el empobrecimiento de las personas, por lo que se debe de garantizar una renta básica a toda la ciudadanía que asegure unos mínimos de vida saludable.
- Que hay servicios esenciales que no se pueden sustituir por teletrabajo.
- Que en cualquier momento podemos morir y que no es lo mismo morir bien que mal, porque morir siempre es con-morir, como vivir siempre es con-vivir.
- Que la “crisis de los cuidados” y el “envejecimiento de nuestras sociedades”, nos han devuelto la conciencia de que las relaciones comunitarias en los entornos naturales son imprescindibles.
- Que es urgente poner en marcha un sistema eficaz y suficientemente dimensionado de servicios sociales.
- Que hay compromisos y lealtades, profesionales o voluntarias, que no se pagan con “salarios”, sino con “honorarios”, es decir con reconocimiento social.
- Que el lucro y la distribución desigual de los bienes básicos escasos, es inmoral e injusto.
- Que la justicia requiere transparencia, argumentación, conocimientos y deliberación entre diferentes perspectivas.

30 de abril de 2020

ⁱ Miembros del grupo de trabajo

- 1. Marije Goikoetxea, Psicóloga, Profesora de ética. Universidad de Deusto. CEIS Bizkaia. CEA Plena Inclusión**
- 2. Juana Aza, Enfermera especialista en geriatría, IFAS-Diputación Foral De Bizkaia, CEIS Bizkaia**
- 3. Lourdes Zurbanobeaskoetxea, Médica. Servicio de Valoración y Orientación.**

-
- Diputación Foral de Bizkaia. Coordinadora Sociosanitaria. CEIS Bizkaia
4. Concha Castells, Epidemióloga. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Asociación DMD-DHE
 5. Coro Rubio, Psicóloga, ASPACE-Bizkaia. CEIS Bizkaia
 6. Angel Bao, Psicólogo. Atención Temprana-Diputación Foral de Bizkaia. CEIS Bizkaia
 7. Porfirio Hernández, Psiquiatra. Federación Vasca de Deporte Adaptado. CEIS Bizkaia
 8. Celia Ramos, Trabajadora social. Ayto. de Bilbao. CEIS Bizkaia
 9. Txema Duque, Trabajador social. Ayto. de Bilbao
 10. Javier Yanguas, Doctor en Psicología. Fundación Aubixa
 11. Boni Cantero, Trabajadora Social, Ayto. de Vitoria-Gasteiz. CEIS Araba
 12. Pablo Ruiz, Psicólogo. Coordinador técnico. Asociación Bizitegi
 13. Rafael Armesto, Abogado. FEVAS-Plena Inclusión. CEIS Bizkaia
 14. Brígida Argote, Enfermera especialista en geriatría. IFBS-Diputación Foral de Álaba. CEIS Araba
 15. Ángela Fernández, Trabajadora Social. Ayto de Ermua. CEIS Bizkaia
 16. Mirian Del Campo, Psicóloga. Fundación Gizakia. CEIS Bizkaia
 17. Maria Ángeles Larrinaga, Trabajadora Social. Red de Salud Mental de Bizkaia. CEIS Bizkaia
 18. Zorione Benedicto, Trabajadora Social. CEIS Gipuzkoa.
 19. Carlos Romera, Jurista, Mediador y Educador social. Asociación Goiztiri. CEIS Bizkaia
 20. Yolanda Pérez. Socióloga. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. CEIS Bizkaia
 21. Marian García Ayesta, Trabajadora Social. CEIS Bizkaia
 22. Álvaro Mosquera, Educador Social, Residencia Aspaldiko. Profesor Universidad de Deusto