

Más allá de la COVID: los retos éticos de la reanudación de los servicios de salud mental

Beyond COVID: the ethical challenges of restarting mental health services

ROCÍO JULIÁ-SANCHIS

Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante.

Correspondencia: Rocío Juliá-Sanchis (rjulia@ua.es)

Recibido: 09/02/2021; aceptado con modificaciones: 30/04/2021

Resumen: El objetivo de este trabajo de reflexión es establecer los valores éticos que deberían sustentar el restablecimiento de la asistencia sanitaria tras las primeras oleadas de la COVID-19, sabiendo que los brotes y las nuevas olas parecen inevitables hasta la masiva vacunación. Por ello, consideraremos diferentes cuestiones éticas a tener en cuenta en la fase de reanudación de la actividad de las unidades asistenciales de salud mental, tanto por gestores como por las y los profesionales de las mismas.

Palabras clave: ética, COVID-19, servicio de salud mental.

Abstract: This reflection paper aims to establish the ethical values that should underpin the re-establishment of health care after the first waves of COVID-19, knowing that outbreaks and new waves seem inevitable until mass vaccination. To this end, we will consider different ethical issues to be taken into account in the phase of resumption of activity in mental health care units, both by managers and professionals.

Key words: ethics, COVID-19, mental health service.

INTRODUCCIÓN

LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 SIGUE DOMINANDO EL AÑO 2021 y es probable que sea una característica de nuestras vidas durante mucho tiempo. Por ello, es necesario establecer la respuesta ética del sistema sanitario a los desafíos que plantea la pandemia en el contexto de la salud mental. Especialmente, es necesario establecer los valores éticos que deberían sustentar el restablecimiento de la asistencia sanitaria tras las primeras oleadas, sabiendo que los brotes y las nuevas olas parecen inevitables hasta la masiva vacunación.

En este artículo de reflexión, exponemos algunos de los retos éticos a los que se enfrentarán las personas que dirigen los servicios de salud cuando intenten reanudar las actividades no relacionadas con la COVID, así como las implicaciones éticas en la práctica clínica de profesionales sanitarios en el proceso de reanudación y renovación (1), donde la “nueva normalidad” de las unidades asistenciales de salud mental se presentará como una oportunidad de mejora. Sin embargo, la recuperación no estará exenta de dificultades dada la persistencia de la presión pandémica (2).

ASIGNACIÓN DE RECURSOS

La asignación de recursos es un problema perenne en el Sistema Nacional de Salud. Durante los últimos 10 años, la acción política y la económica han estado marcadas por medidas restrictivas (3).

Con la suspensión generalizada de la asistencia en los servicios de salud mental comunitaria desde marzo de 2020, el retraso en las primeras visitas y visitas de seguimiento rutinarias ha aumentado. Se ha producido una avalancha de nuevas visitas relacionadas con el aislamiento y los sentimientos de pérdida entre la población general (4), así como de ansiedad, estrés y depresión entre profesionales de la salud (5), pero también ha empeorado la situación de usuarios y usuarias ya conocidas, quienes han visto truncado su proceso de recuperación. Además, la pandemia ha puesto de manifiesto cómo las desigualdades en materia de salud interactúan con el SARS-CoV-2, lo que tiene un impacto desproporcionado en quienes ya se enfrentaban a situaciones de vulnerabilidad. Durante las crisis, la situación ha quedado sumida en el contexto general de dicha crisis.

Por otra parte, la escasez de recursos puede servir de pretexto para algunos para violar los derechos de las personas que utilizan los servicios de salud mental, desarrollando prácticas asistenciales biologicistas y reduccionistas que medicalizan los problemas de la vida y la puesta en marcha de protocolos sanitarios deshumanizados, que dejan de lado la perspectiva holística que tiene en cuenta las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales de las personas.

Por ello, desde el punto de vista ético, en la fase de reanudación, se debe prestar atención a cómo asignar recursos entre usuarios de salud mental, especialmente en aquellos con una interacción entre la COVID y las desigualdades sanitarias y socioeconómicas de larga duración (6), guiados siempre por el respeto de los derechos humanos.

ASISTENCIA EFICIENTE

Los protocolos de prevención de infecciones han mermado la eficiencia de la asistencia comunitaria. Cada interacción asistencial conlleva más tiempo debido a los protocolos de desinfección entre usuarios y al hecho de que las citas deben programarse de manera estricta, ya que la espera en salas compartidas no está permitida. Así mismo, la cartera de servicios se ha visto reducida, dejando de lado, por ejemplo, intervenciones grupales terapéuticas. Igualmente, en las unidades de hospitalización de agudos, la eficiencia se ha reducido. Los y las profesionales necesitan invertir mucho tiempo en ponerse y quitarse los equipos de protección personal en caso de tener que realizar alguna intervención que requiera contacto personal.

En ese sentido, la teleasistencia y la monitorización remota se presentan como herramientas facilitadoras de la atención sanitaria a distancia, al ofrecer seguridad tanto a usuarios como a sanitarios ante la infección (7). A pesar de que esta nueva metodología asistencial se ha incorporado rápidamente a la práctica de salud mental gracias a la inquietud de los grupos profesionales implicados, es necesario considerar varias cuestiones importantes para la aplicación de la tecnología digital: ¿En qué entornos clínicos es apropiada: triaje de situaciones agudas, retrasos en la programación de las primeras visitas o visitas de seguimiento rutinarias? ¿Qué tipo de información proporcionada por usuarios puede darse por válida: datos antropométricos, resultados comunicados por usuarios? ¿Con qué frecuencia debe programarse la teleasistencia? ¿Suple a la atención presencial, o debe intercalarse con la presencialidad? (7). Desde el punto de vista ético se necesita una mayor reflexión sobre el manejo de información sensible y datos confidenciales a través de aplicaciones de monitorización. Además, aunque el uso de la tecnología facilita la teleasistencia y puede aliviar el trabajo instrumental de los y las profesionales, no puede sustituir el simbolismo del cuidado.

EQUILIBRAR EL BIEN COMÚN CON EL CUIDADO INDIVIDUAL

Las pandemias, y las emergencias en general, refuerzan los enfoques éticos que hacen hincapié en los intereses de la comunidad frente a los intereses del individuo autónomo. Cuando la demanda de prestación de servicios supera a la capacidad del

sistema, se aplican consideraciones más estrictamente utilitarias (8). De este modo, las decisiones sobre cómo satisfacer las necesidades del individuo darán paso a decisiones sobre cómo maximizar el beneficio global, confrontando la protección de los derechos fundamentales y las libertades del individuo con esos mismos derechos pero del resto de ciudadanos (9).

En este último año, muchas unidades de salud mental comunitarias y de hospitalización han sido cerradas para reconvertir los espacios y a los y las profesionales en personal COVID. Estos cierres requirieron forzar altas o derivaciones a centros alejados del entorno y los familiares de los usuarios. Durante la reanudación, debería promoverse la discusión sobre hasta cuándo las unidades de salud mental deben priorizar la respuesta a la infección por SARS-CoV-2 y cuándo deben tratar de dar igual o mayor prioridad a la prestación de servicios no cóvidos. No obstante, la dificultad de equilibrar estas tensiones entre los intereses de la comunidad y el individuo radica en la evidencia que apunta que la COVID-19 producirá efectos mucho más perjudiciales para la salud de la población que la propia enfermedad (10). Por lo tanto, en la actualidad, aún parece necesario considerar cuidadosamente los intereses de la comunidad general.

RELACIÓN PROFESIONAL – USUARIO

La COVID-19 ha creado circunstancias nuevas e inciertas que siguen perturbando nuestra comprensión de lo que es una “buena asistencia” y, al hacerlo, cambian los valores o supuestos en los que se basa la atención, lo que plantea nuevas consideraciones éticas para la toma de decisiones cotidiana.

También hay que prestar atención a la relación entre profesionales sanitarios y usuarios de salud mental, ya que los elementos de la comunicación verbal y no verbal se ven inhibidos por el uso de mascarillas o pantallas. El gesto tranquilizador y reconfortante del tacto está prohibido o distorsionado por el uso de guantes; y los usuarios y las usuarias de unidades comunitarias deben acudir a las citas por su cuenta sin ningún tipo de apoyo, por muy difícil o traumática que se prevea que sea la consulta (10).

Todo ello plantea importantes cuestiones éticas sobre cómo deben equilibrarse las exigencias de los protocolos de prevención de infecciones con la necesidad de una atención humanizada, digna y de apoyo. La respuesta a estas exigencias contrapuestas puede provocar la angustia moral de los profesionales sanitarios, que se sienten mal preparados o incapaces de llevar a cabo acciones éticamente apropiadas (11). El estándar de humanización requeriría retornar a un estilo de asistencia, cuidado, rehabilitación y gestión centrado en la persona (12), que englobase todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar un am-

biente que favoreciera una vida sana a nivel físico, emotivo, social y espiritual (13), respetando los derechos fundamentales como la dignidad y la singularidad de los usuarios y las usuarias (13), porque en tiempos de crisis, las y los profesionales deben mantener una actitud ética que establezca prioridades en base a las necesidades de las y los usuarios sin discriminaciones de ningún tipo.

Finalmente, es necesario seguir trabajando por superar el modelo asistencialista, rehabilitador, “pasivizador” y paternalista de protección social para mantener el modelo social inclusivo por el que se trabajaba en los últimos años (14). Este *impasse* no puede ser una excusa para retroceder.

CONCLUSIONES

La velocidad de respuesta necesaria para el afrontamiento de la primera ola de la pandemia de COVID-19 requirió un proceso de adaptación sin precedentes en el contexto asistencial mundial. Sin embargo, ciertas decisiones ya no pueden justificarse en el período de reanudación y renovación que nos toca vivir. La transición que experimenta la asistencia sanitaria de salud mental, a través de las nuevas oleadas de la COVID-19, exigirá nuevas formas de pensar sobre cómo integrar los enfoques basados en la salud pública y centrados en los usuarios con la ética clínica. Debemos reflexionar sobre qué consideraciones éticas son importantes en la fase de reanudación, qué valores e intereses deben tener prioridad y cómo pueden y deben gestionarse los intereses contrapuestos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) British Medical Association. COVID-19 –ethical issues and decision-making when demand for life-saving treatment is at capacity. [Consultado febrero 2021] Disponible en: <https://www.bma.org.uk/media/3657/bma-covid-19-ethics-guidance-jan-2021.pdf>
- (2) World Health Organization, WHO. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. [Consultado febrero 2021] Disponible en: <https://covid19.who.int>
- (3) Juliá-Sanchis R, Aguilera-Serrano C, Megías-Lizancos F, Martínez-Riera JR. Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020. *Gac. Sanit.* 2020;34(S1):81-86.
- (4) García-Álvarez L, de la Fuente-Tomás L, García-Portilla MP, Sáiz PA, Lacasa CM, Dal Santo F, et al. Early psychological impact of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in a large Spanish sample. *J Glob Health.* 2020;10(2):020505.
- (5) Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ.* 2020 26; 368:m1211.
- (6) Bibby J, Everes G, Abbs I. Will COVID-19 be a watershed moment for health inequalities? The Health Foundation, 7 mayo de 2020. [Consultado el 8 febrero 2021] Disponible en: <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/will-covid-19-be-a-watershed-moment-for-health-inequalities>.
- (7) Mosnaim GS, Stempel H, Van Sickle D, Stempel DA. The adoption and implementation of digital health care in the post-COVID-19 Era. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;8(8):2484-2486.
- (8) British Medical Association. COVID-19 -ethical issues. A guidance notes. [Consultado el 8 febrero 2021] Disponible en: <https://www.bma.org.uk/media/2360/bma-covid-19-ethics-guidance-april-2020>.
- (9) Rodríguez Ayuso JF. Control de la privacidad por parte de las autoridades sanitarias ante situaciones de emergencia. *Rev Bio y Der.* 2020; 50: 353-368.
- (10) Baines P, Draper H, Chiumento A, Fovargue S, Frith L. COVID-19 and beyond: the ethical challenges of resetting health services during and after public health emergencies. *J Med Ethics* 2020; 46:715-716.
- (11) Viens AM, McGowan CR, Vass CM. Moral distress among healthcare workers: ethics support is a crucial part of the puzzle. *BMJ Blogs*, 2020. [Consultado el 8 febrero 2021] Disponible en: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/06/23/moral-distress-among-healthcare-workers-ethics-support-is-a-crucial-part-of-the-puzzle/>
- (12) Plumed Moreno C. Una aportación para la humanización. *Archivo Hospitalario* 2013; 11:261-352.
- (13) Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2014.
- (14) Leal Rubio J, Santos Urbaneja F. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: modificaciones necesarias en las leyes y en las prácticas de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2020; 40(138): 7-10.