



Defensoría del Pueblo

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

HUMANIZACIÓN DEL AISLAMIENTO EN LA ATENCIÓN DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS COVID-19

La pandemia por CORONAVIRUS- Covid-19 y la situación de emergencia ha supuesto un cambio radical en la vida de las personas e implicó rápida y acelerada adaptación del sistema sanitario argentino.

La declaración de la pandemia determinó la toma de distintas decisiones por parte del Gobierno, entre las que se estableció que las personas que potencialmente han entrado en contacto con la infección se aíslen en su hogar o en un centro de cuarentena dedicado.

“La cuarentena es la separación y restricción del movimiento de personas que potencialmente han estado expuestas a una enfermedad contagiosa para determinar si se sienten mal, lo que reduce el riesgo de que infecten a otros”.

Existen estudios que revisaron el impacto psicológico de la cuarentena, la mayoría de los estudios revisados informaron efectos psicológicos negativos, incluidos síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo. Los factores estresantes incluyeron una mayor duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma. Algunos investigadores han sugerido efectos duraderos.¹

Esta pandemia hizo imprescindible el aislamiento de las personas infectadas, lo cual supone añadir a la enfermedad un factor de desconcierto y desgarramiento familiar del que no teníamos experiencia. Los pacientes que requieren hospitalización, o están institucionalizados en residencias, sufren de manera especial esta desconexión de

¹ <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=95688>

sus seres queridos, provocando situaciones de soledad y desconsuelo que podrían mitigarse.

En una reciente nota periodística una médica que perdió a su madre infectada por el CORONAVIRUS, Covid-19, expresaba: “...estamos haciendo mal las cosas.... Justamente por lo desconocido al comienzo, y por el uso del miedo, perdimos de vista que el protocolo no puede ser más nocivo que el propio virus. Morir es parte de la vida. De hecho, sólo está vivo lo que puede morir. Pero producto de la respuesta a esta pandemia, están muriendo muchas más personas que las 2588 que formaban parte de la estadística en Argentina al 22/7. Sobre 141.900 infectado.” Planteaba la posibilidad que dentro de los protocolos se incluyera más humanidad, que se permita bajo la figura de consentimiento que un familiar responsable los acompañara durante la internación.²

Hay pacientes reestablecidos que dan testimonios de haberlo pasado muy mal, porque su aislamiento no solo fue físico sino también emocional; un vacío que, con la buena intención de evitar el contagio, termina dañando al enfermo y vulnerando el derecho de los pacientes.

Es sabido que hay personas ingresadas a los centros de atención de la pandemia que nunca más ingresaron a sus hogares, nunca más volvieron a encontrarse con sus afectos, que murieron en la angustiante soledad de un proceso de morir sabiendo que estaba solo.

No debe obviarse que diversas investigaciones, coinciden en señalar que entre el 80 a 90 % de los pacientes transcurre la mayor parte del tiempo de su último año de vida en su casa. Además de tratarse del ámbito de preferencia que pacientes y familiares coinciden en elegir para el cuidado en el final de la vida del enfermo, para las personas encargadas de cuidarlos también suele resultar propicio este espacio, ya sea porque les facilita el mantenimiento de lazos familiares, ya porque reducen los sentimientos de culpa derivados de las internaciones o porque pueden alcanzar

²<https://www.parati.com.ar/crueldad-por-protocolo-la-carta-que-escribio-fernanda-mariotti-tras-perder-a-su-mama-en-medio-de-la-pandemia-por-covid-19>

mejor adaptación ante el eventual duelo, entre otros motivos. Las preferencias del enfermo sobre el hogar como lugar de permanencia tienen soporte en que consideran que su casa les podría aportar más seguridad de un contacto continuado con lo que ha sido y es parte de sus vidas, les haría sentir que son todavía las personas de siempre que podrían controlar mejor el ambiente y disfrutar de más autonomía y normalidad. Algunos familiares opinan que la casa brinda un entorno menos agresivo que el hospital para los pacientes y sus seres queridos, que éste va a ser cuidado por el médico y enfermera habituales; que tenerlo en el hogar les facilita estar más tiempo con el paciente y les resulta más cómodo, etc.³

Si bien, las circunstancias forzadas por una infección con tan alta contagiosidad y letalidad hacen que sea imperativa la adopción de medidas muy estrictas para prevenir la transmisión de este virus, una auténtica calidad asistencial no debe perder de vista el entorno compasivo en el acompañar y en el morir de estos pacientes.

Las decisiones que se adoptan en contextos tan graves como el actual, no dejan demasiado espacio para la reflexión, y ello lleva en muchas ocasiones a que aquellas se adopten sin atender a los valores en conflicto o sin considerar la alternativa de cursos de acción intermedios. Aún en este contexto, los valores deben encontrar un piso mínimo y no debe caerse en patrones de conducta que desatiendan deberes tan esenciales como la beneficencia y no maleficencia.

En nuestro país, la protección de la salud fue explícitamente consagrada en la Constitución nacional reformada en 1994 y en los Tratados Internacionales que a ella se incorporaron con igual jerarquía⁴. Y tal protección se renovó con Reforma del Código Civil y Comercial y en profusas normas sanitarias específicas.

³ Propuesta de regulación de un sistema de cuidado integral para pacientes con enfermedades crónicas, avanzadas y/o amenazantes de la vida. Universidad de Buenos Aires. Disponible en <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.30867.73769>

⁴ Se refieren explícitamente a la salud el art. 41 (Medio ambiente), 42 (Consumidores y usuarios), y algunos tratados incorporados según el art. 75 inc. 22 de la Constitución, como el Pacto de San José de Costa Rica (Convención Americana sobre Derechos Humanos, OEA 22/11/69), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, Resolución de su Asamblea General, 2200 A (XXI), 16/12/66), y los ya citados Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención sobre los Derechos del Niño

La capacidad de decisión sobre la propia vida y el acompañamiento familiar forma parte de los derechos a ser garantizados. El consentimiento informado es el fundamento de la relación asistencial; en esa difícil situación es necesario respetar el derecho a la información, la elección a las distintas opciones clínicas al alivio del sufrimiento y a una muerte digna en compañía de seres queridos.

Más allá de los protocolos de aislamiento planteados por las autoridades sanitarias para el tratamiento de pacientes covid-19, no podemos dejar de reflexionar sobre todo sobre aquellos casos en los que el equipo médico considera que desde el punto de vista médico no hay nada más que hacer y que la muerte del paciente es inminente. En estos casos, cuando existe tal condición de vida, más allá de hacer un control de síntomas y confort, es necesario dar lugar al derecho a una muerte digna.

En las unidades de cuidados críticos, con frecuencia la muerte transcurre en soledad, en ausencia de afectos y con el predominio de la parafernalia tecnológica deshumanizante. En este sórdido escenario, se intenta aliviar el sufrimiento a pesar de todas esas limitaciones⁵⁶⁷. En cambio, el proceso del morir extrahospitalario requiere cuidados médicos, pero fundamentalmente acompañamiento afectivo y espiritual, así lo indica la experiencia de equipos de salud en cuidados paliativos⁸, siendo imprescindible la alteridad de la comunicación, la presencia del otro y la cooperación⁹. La falta de protagonismo del paciente y de su entorno en la toma de decisiones en los finales de la vida continúa siendo el escenario más frecuente.

⁵ Para contrarrestar este fenómeno resulta de consulta obligada el documento "Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico" producidas por el Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Disponible al 19/8/2015 en <http://www.sati.org.ar/files/bioetica/guias/1999-Comite-de-%20Bioetica-Pautas-y-recomendaciones-para-la-Abstencion-y-o-el-retiro-de-los-metodos-delsoporte-vital-en-el-paciente-critico.pdf>

⁶) FALCÓN J. L. - ALVAREZ M. G., "Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de los pacientes. Eutanasia activa y pasiva y alivio de síntomas", Medicina, Buenos Aires 1996; 56: 369-377

⁷ Con sinceridad y elocuencia un prominente especialista en terapia intensiva ha precisado que "La reanimación cardiopulmonar sistemática en una sala de terapia intensiva o el simple masaje cardíaco externo en una sala o en el domicilio del paciente agonizante subsisten como "el último ritual" que simboliza la negación de la muerte misma". Ver GHERARDI, Carlos R., "Vida y Muerte en Terapia Intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones", Ed. Biblos. Bs. As., 2007

⁸ "Loco o cuerdo, apestado o paralítico, las tendencias en los moribundos son las mismas: no sufrir ni morir solos, tener al lado otra persona que les tienda su mano", conf. NAVIGANTE, A H., "Reflexión desde una foto de Nietzsche enfermo a partir de la problemática epistemológica de los pacientes terminales", Perspectivas Nietzscheanas 1995, Año IV, Nº 4.

⁹ BAUDOUIN, J. L. - BLONDEAU, D., "La ética ante la muerte y el derecho a morir", Ed. Herder, Barcelona, 1995

Si bien, actualmente el programa ESTAR del Gobierno de la Ciudad¹⁰, realiza acompañamiento a familiares de pacientes COVID y propició la formación de Equipos de Cuidados Integrales en el sistema de salud pública.

Existen propuestas de asociaciones de profesionales, como por ejemplo la SECPAL, que promueven recomendaciones sobre cuidado y acompañar personas en situación de últimos días y a su familia ¹¹

En ese mismo sentido, el Hospital Interzonal General de Agudos, Prof. Rodolfo Rossi, estableció protocolo de acompañamiento de familia en sospecha o confirmación Covid-19.¹²

RECOMENDACIÓN

Un Estado responsable debe minimizar, en la medida de lo posible en el contexto de la pandemia, la regresión respecto a algunos derechos tales como la capacidad de decisión sobre la propia vida y el acompañamiento familiar.

En ese sentido la ciudadanía debe tener claro cuáles son sus derechos para que valoren las distintas alternativas, que los profesionales ayuden a hacerlas posibles y que las instituciones las garanticen.

Es propicio recomendar que las instituciones del sistema de salud establezcan protocolos adecuados, en la medida de las posibilidades -considerando la infraestructura, los recursos físicos y humanos- tendientes a humanizar las prácticas de aislamiento institucional, garantizando los derechos de los pacientes COVID y asegurando un trato digno y respetuoso.

¹⁰ <https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/acompanar-a-distancia/programa-estar>

¹¹

[http://www.secpal.com/Documentos/Blog/DOCUMENTO%20SOBRE%20ACOMPAN%CC%83AMIENTO%20 COVID%2019.pdf](http://www.secpal.com/Documentos/Blog/DOCUMENTO%20SOBRE%20ACOMPAN%CC%83AMIENTO%20COVID%2019.pdf)

¹² <file:///C:/Users/imagl/Downloads/Protocolo-de-Acompa%C3%B1amiento-de-familiar-en-sospecha-confirmacion-de-covid-19.pdf>

