



Aportació escrita de Marc Antoni Broggi Trias, president Comitè de Bioètica de Catalunya amb relació al Crup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències

La mortalitat ocorreguda a les residències de Catalunya, de manera especial durant la primera onada de la COovid-19, obeeix a **diversos factors**. Alguns estructurals (nombre i qualificació dels treballadors, grandària de la institució, % ocupació, edat de la instal·lació, raó personal/resident, titularitat, possibilitat d'aïllament, llits per habitació, etc.). Altres són propis de les persones residents i de les patologies que patien (edat, sexe, capacitat funcional i grau de dependència, morbiditats associades, demència en particular, medicaments presos, etc.) i un tercer grup de factors de naturalesa diversa (incidència contagi-infecció en el personal i en el veïnatge, test diagnòstics de cribratge, política de visites, cobertura vacunal, disposició d'EPIs, etc.).

A la literatura científica cada cop es més freqüent trobar-hi estudis, que de manera retrospectiva, analitzen aquests factors, però també la **sobrecàrrega emocional** que van patir els professionals que treballen a les diferents institucions, els residents i els seus familiars¹. N'hi ha també que analitzen **l'efecte d'algunes mesures restrictives** que es van prendre amb finalitat preventiva però que es varen perllongar excessivament al llarg de les diferents onades, sense tenir massa en compte l'efecte de la cobertura vacunal que s'anava assolint.

Entenem que el *Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (GTAICRE) del Parlament de Catalunya*, a través de les aportacions dels diferents participants, no solament analitzarà aquets factors per extreure lliçons d'utilitat que permetin afrontar situacions semblants en un futur, sinó també l'estudi de models residencials per a persones grans o amb malaltia mental crònica i grans dependents, més enllà de com es configuren i actuen les institucions geriàtriques actualment.

El Comitè de Bioètica de Catalunya, en diversos documents s'ha centrat en tractar els aspectes ètics i socials de les conductes i els drets que, en la urgència del moment, es van veure amenaçats durant la pandèmia. El Juny de 2020 ja va publicar el document "**Preses de decisions en temps de pandèmia: reflexions des de la bioètica**"¹ on s'exposaven diferents conflictes ètics que estaven provocant les mesures de salut pública preses des del començament de la pandèmia, tant al nostre país com a tots els països afectats per la COVID-19.

El primer que cal constatar es que l'esclat de la pandèmia va activar una resposta professional i institucional més o menys correcte segons el context, diferent en àmbit hospitalari que a l'atenció primària o a l'àmbit sociosanitari i residencial. Els errors van ser conseqüència d'una **manca d'informació** científica, i d'estructures prèvies no preparades per un context similar, més que no pas derivats d'una actitud negligent. Davant la manca de recursos i el desconeixement de la pandèmia que afrontàvem va caldre improvisar respostes, fent front a situacions dramàtiques, al desbordament del sistema sanitari i al molt patiment dels professionals i la ciutadania. Aquest anàlisi posterior ha de permetre conèixer aquells aspectes susceptibles de ser millorats, posarà de relleu les decisions que es podrien haver pres, i les raons perquè no es

¹ Consideracions sobre la limitació de recursos i decisions clíniques en la pandèmia COVID19
https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documentos_tematica/consideracions-decisiones-pandemia-covid19.pdf



van prendre, o pel contrari perquè es van prendre decisions que amb el temps considerem que varen ser excessivament severes .

El cert es que la pandèmia va posar de manifest **la desatenció en alguns aspectes de les persones més vulnerables**, (la gent gran, els infants, les persones amb diversitat funcional i les que no tenen sostre). **L'absència de la companyia d'essers estimats** en els moments finals de la vida va ser especialment dolorosa.

Es va veure que existia **un conflicte entre el respecte a la llibertat individual i l'assoliment del bé comú**, entès aquest com la protecció sanitària de la població i, particularment, de la més vulnerable als efectes més greus de la COVID-19.

En el document del Comitè, s'hi recorda que en una societat democràtica la llibertat no hauria de ser contrària al bé comú, sinó que n'és una part indispensable, i que en nom de la seguretat no es pot restringir tota mena de llibertats sense una justificació pública prou convincent. El **punt d'equilibri**, s'assoleix mitjançant procediments democràtics amb participació de tots els actors socials implicats, intentant assolir un punt d'equilibri entre el respecte als drets fonamentals, **la llibertat, la igualtat, la seguretat i sobretot la solidaritat** amb els col·lectius més vulnerables, com a reflex de la maduresa de la nostra societat.

És necessari aquest exercici de transparència, doncs totes les decisions que demanin un determinat comportament de les persones, ja sigui en forma de recomanació o d'imposició, han de ser el resultat d'un exercici de **ponderació entre opcions possibles**, tenint en compte les **conseqüències**, però també **els principis i valors socials** que en poden resultar vulnerats. Les decisions han de ser **prudents**, es a dir, **raonables i proporcionades**, defugint mesures extremes i minimitzant la limitació de drets fonamentals. Quan sigui necessari limitar aquests drets de manera important, cal explicar-ne les raons i prendre mesures per evitar els abusos.

Durant la COVID-19 **es varen incomplir** a vegades aquests criteris, i les mesures es van aplicar sovint sense aquesta ponderació ni escolta dels afectats. Cal recordar que la intervenció coercitiva que pretén protegir individus que responsablement assumeixen riscos personals sense ocasionar cap mal a ningú més, és una ofensa i una falta de respecte a aquestes persones, i aquestes mesures no s'haurien de confondre amb les mesures de protecció de contagi a tercers.

Encara que en la deliberació prèvia a l'adopció de decisions de política sanitària hi varen participar diferents actors: professionals d'hospitals i d'atenció primària, del tercer sector, o representants de la societat civil, algunes d'aquestes veus van estar infra-representades, i només una exagerada taxa de mortalitat va fer reaccionar les institucions per tal de posar el focus en residències i en l'Atenció Primària.

La por i l'angoixa viscudes pels residents, familiars i professionals, en els entorns residencials, han estat una experiència difícil d'oblidar. Les persones grans que es trobaven en institucions residencials, a més de la vellesa, les malalties cròniques o la discapacitat associada, han estat víctimes **d'institucions sovint massa tancades i separades de la comunitat, que els han aïllat dels seus i del seu entorn**.

En alguns entorns residencials es va oblidar que **la vida és més que una vida biològica**. La importància dels factors psicosocials i els valors de les persones són fonamentals per donar-li



sentit. Es varen indicar **aïllaments preventius difícilment suportables** per a persones amb discapacitat intel·lectual, amb trastorns de conducta afegits o necessitats afectives i de relació molt intenses. En alguns casos, fins i tot es van arribar a fer contencions físiques per assegurar mesures preventives. L'aïllament preventiu d'almenys 14 dies que es va seguir de manera generalitzada quan una persona gran ingressava en una residència, va ser una practica dolorosa i segurament inadequada. També va ser inadequada l'aplicació poc flexible dels protocols de detecció de persones contagiades que sotmetien als residents a constants PCR, nous aïllaments, limitació de visites dels familiars o prohibició de sortides. Ates que en els primers mesos de la pandèmia no es disposava de protocols validats ni evidència científica, des d'algunes instancies professionals s'avalaven recomanacions discutibles vistes a posteriori: avui, per exemple, sabem que molta desinfecció de la que es recomanava no té rellevància, i en canvi sí la té la renovació de l'aire, tot i que, com ja s'ha dit, la seva persistència en el temps no estigui tampoc justificada.

La limitació de les relacions socials va afectar de manera important a les persones fent-les molt més vulnerables encara. Les greus conseqüències d'aquest aïllament obligat i la gran dificultat en la comunicació han posat en evidència que **no era una recomanació correcta**.

Tenir cura implica centrar l'atenció en l'experiència que té una persona de sentir-se cuidada, atesa i compresa; buscant **un equilibri entre la dependència i l'autonomia personal**, sense imposicions de poder amb actituds autoritàries. Es a dir, implica una relació de proximitat i reciprocitat, respectuosa, empàtica i compassiva, per tal de donar la resposta adequada a les necessitats singulars de cadascú. Això sens dubte està en el cor del nostre sistema sociosanitari, però al ser sotmès a una situació de gran incertesa no només pels residents, sinó també pels propis treballadors, es varen promoure normes o conductes que en alguns casos van ser excessives. No va ser aliena a les greus situacions produïdes la debilitat dels dispositius de Salut Pública, completament sobrepassats. Això va donar lloc a discrepàncies públiques que varen disminuir la confiança de la ciutadania, però també -i més important- en un retard en mesures proactives que haurien evitat excessos i fins i tot morbimortalitat.

Tenim un sistema sanitari que, en ser universal, gratuït i de qualitat, constitueix una de les columnes fonamentals de la justícia social; respon, per tant, **als valors de la dignitat**, de la igualtat d'oportunitats, de la solidaritat i del principi de la diferència (els menys afavorits, primer). Però quan la pandèmia va sobrecarregar el sistema, i va caldre prioritzar l'accés a determinats recursos vitals, aquests principis es van substituir en molts casos pels de la "utilitat social" o "l'eficiència". Les **persones mereixen ser respectades en la seva singularitat** i per això no s'haurien de prendre decisions significatives (no accedir a recursos vitals, ser objecte de protecció en contra de la seva voluntat, etc.) únicament en funció de la seva pertinença a determinats grups com, per exemple, "persones grans" o "persones amb discapacitat intel·lectual".

La prioritització sempre és dolorosa i es va intentar realitzar seguint protocols acceptats internacionalment. Resulta difícil justificar que algú no pugui entrar a la UCI quan en té criteris si només degut a la **limitació dels recursos**. Una anàlisi *a posteriori* pot aplicar ara una severitat excessiva, però tots els actors que intervingueren van ser conscients de que no tenien més remei que prioritzar l'accés, donant primer pas als pacients que tenien més probabilitats de sobreviure. De totes formes, gairebé tothom va poder rebre una atenció tècnica ajustada a les seves necessitats segons els coneixements que es tenien en cadascuna de les fases de la epidèmia.

A partir d'aquestes consideracions el CBC feia algunes propostes en el seu document, algunes de caire més generalista i altres que poden aplicar-se explícitament a l'àmbit residencial, objecte del present document:

- Pel CBC la millor forma d'assegurar la protecció social i sanitària davant les pandèmies que puguin venir d'ara endavant és **l'enfortiment inajornable de l'estat del benestar** en totes les seves àrees bàsiques (el sistema sanitari, el sistema educatiu, els serveis socials i la protecció econòmica i social dels més desfavorits). La llibertat sempre comporta riscos i, en una societat democràtica, un estat del benestar fort és la millor manera de protegir la població contra aquests riscos.
- L'anàlisi de les experiències concretes hauria de permetre **identificar els centres** que han assolit millors resultants, no només en quan a la **mortalitat** sinó també en el **tracte** a les persones ateses i els seus familiars, així com al benestar i seguretat dels treballadors. Els seus procediments han de ser un exemple i un referent a tenir en compte.
- Sempre cal que les mesures proposades compleixin amb els criteris científics i ètics estrictes propis d'una crisi com la que es va posar en joc, no només la salut pública, sinó molt greument els fonaments de l'estat del benestar (economia, feina, educació, relacions socials, relacions familiars, etc.). Per això es fonamental revisar sempre si es manté **el criteri de proporcionalitat i equitat**, és a dir d'invasió mínima adequada a l'objectiu i a les finalitats que es persegueixen.
- Les directrius estratègiques dels responsables de les polítiques sanitàries són el marc de referencia que hauria de permetre una **aplicació flexible** per part dels responsables de les residències i centre, adaptant les directrius generals a les condicions i circumstàncies concretes de les persones acollides, dels cuidadors, dels espais i les seves possibilitats.
- S'ha de procurar que els riscos i beneficis derivats de la implantació de les mesures de salut pública, es distribueixin **de manera equitativa entre la població**, evitant i corregint discriminacions socials, i prioritant sempre l'atenció de les persones més vulnerables davant de la malaltia.
- Cal prendre consciència que, si bé atenem les persones grans, no sempre ho fem d'acord amb els seus interessos individuals ni tenim resoltes polítiques d'atenció a la dependència en **entorns que siguin veritablement inclusius** i amb clar protagonisme d'elles mateixes.
- Caldrà enfortir i reassegurar la suficiència i la qualitat dels recursos d'atenció a les persones grans per tal d'evitar en un futur conflictes, **fent compatibles el valor de l'eficiència i el de la solidaritat**. La formació dels professionals, els protocols basats en evidències, i una gestió eficaç dels dispositius assistencials, en són peces cabdals.
- Caldrà repensar com fer front a les necessitats complexes de les persones grans i de les persones amb discapacitat cognitiva o per causa de trastorn mental, des d'una **visió integral**, sense la separació que encara hi ha actualment, entre l'atenció social i l'atenció



sanitària i la de salut mental. Necessitem un **model integral** en què l'atenció primària doni prioritats a l'atenció domiciliària i en què, en cas de necessitat d'internament, s'orienti millor a la vida en comunitat, des de la cura de la intimitat i la promoció de l'autonomia de la persona; i on, malgrat les seves limitacions, es doni suport al projecte de vida que hom ha decidit. Tots els actors han de participar en la deliberació prèvia a la instauració de les **polítiques públiques**. S'ha d'evitar pensar que de les evidències científiques se'n deriven automàticament les polítiques públiques. Les prioritats a vegades venen més determinades pel joc d'interessos contraposats de tots els actors. El consens que en resulta és veritablement el valor que aporten els sistemes democràtics.

- La major integració de les preocupacions socials en les polítiques sanitàries i socials vol dir també la recuperació de **trets més valuosos del sistema de salut** i social que s'han erosionat i que sempre han estat entre els més preuats i reconeguts per la ciutadania:

-L'accessibilitat de l'assistència

-La calidesa, la cordialitat i l'afecte en l'atenció

-La confidencialitat de les dades clíniques i socials del pacient.

-L'atenció personalitzada, perquè malgrat treballar en equip, existeix discontinuïtat en l'atenció, tant de tipus personal com temporal.

-L'adequació de l'atenció, evitant practiques fútils que no aportin valor al benestar de les persones.

Més enllà d'aquestes reflexions en el context de la COVID-19, **el CBC també ha tractat l'atenció en l'àmbit residencial i sociosanitari en un altre document: "Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malalts al final de la vida"**². Hi diu que, com a nou domicili del pacient que és la residència, hauria de ser possible en ella, com a casa, una correcta atenció sanitària quan se la necessita, i per això cal:

-Comptar amb professionals formats en atenció pal·liativa bàsica, o amb accessibilitat a equips de cures pal·liatives disponibles en cas de demanda.

-Disposar d'espais que permetin una certa intimitat per a l'acompanyament durant el final de la vida.

-Poder consultar aspectes ètics, freqüents en aquestes situacions, com són els relacionats amb la hidratació artificial, l'administració de determinats tractaments, l'oportunitat de la sedació o la de trasllat.

-Organitzar l'accés fluid als equips sanitaris que la situació requereixi, per exemple als especialitzats en atenció al final de la vida (PADES), per tal que puguin fer-se càrrec de la cura pal·liativa a la qual té dret la persona malalta.

² **Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malalts al final de la vida**
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1832/recomanacions_atencio_malalts_final_vida_2010.pdf?sequence=1



-Instituir la pràctica de la planificació de decisions anticipades per afavorir la personalització de les necessitats i els límits, i per assegurar les cures. Afavorir la formació en atenció pal·liativa dels professionals i cuidadors que hi treballen.

-Evitar tant com sigui possible el trasllat innecessari al servei d'urgències en l'agonia, perquè es tracta d'un procediment que és lluny de propiciar una mort tranquil·la.

-Flexibilitzar normes i aspectes administratius per afavorir l'acompanyament afectiu i la presència activa, ja sigui dels familiars o dels amics.

-Atesa la gran variabilitat de centres residencials pel que fa a l'estructura i les possibilitats, i la varietat de situacions prop de la mort, cal instaurar el costum d'avaluar i adequar sempre els requeriments bàsics de cada cas, tant de morir allà on s'ha viscut els darrers temps com de trasllat allà on se serà més ben atès.

Segur que els resultats d'aquets Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (**GTAICRE**) del Parlament de Catalunya, no solament permetrà extreure lliçons d'utilitat que permetin afrontar situacions semblants en un futur, sinó també proposar models residencials per a persones grans o amb malaltia mental crònica, o grans dependents. **El CBC es presta a qualsevol col·laboració en aquest camp.**

Precisament, conscient d'aquesta necessitat, el Comitè de Bioètica de Catalunya (CBC) iniciarà els propers mesos treballs per elaborar un document al respecte i, com li correspon, des del seu punt de vista d'anàlisi ètic. D'ell en remetrà copia al Parlament de Catalunya.

Volem remarcar, per acabar, que tot i que en aquest escrit el CBC emfasitza aspectes de millora, cal valorar la professionalitat de totes les instàncies que varen participar en l'afrontament de la pandèmia, ben segur que fet amb encerts i errors deguts a la dificultat en la presa de decisions, especialment en els mesos inicials davant de la incertesa i la manca de recursos. Això no treu però que no sigui necessari fer una revisió crítica, que segurament caldria haver fet en els diferents moments d'alts i baixos de la pandèmia per corregir aquelles mesures d'excessiva coerció a les persones. Això no comporta culpabilitzar a sectors professionals, ni a responsables polítics, ni a la ciutadania. Simplement, és un exercici democràtic de transparència i de rectificació d'errors, sempre desitjable per la millora dels nostres serveis bàsics per l'estat del benestar que volem, i pensant en futures crisis.

Marc A Broggi

President del CBC

Barcelona, 7 de febrer de 2023

Zunzunegui, M.V et al. Long-Term Care Home Size Association with COVID-19 Infection and Mortality in Catalonia in March and April 2020. *Epidemiologia* 2022, 3, 369–390. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia3030029>

Barrera-Algarin B et al. COVID-19 y personas mayores en residencias: impacto según el tipo de residencia. *Rev Esp Geriatria y Gerontología*. 2021;56(4):208-2017

Soldevila L et al. The interplay between infection risk factors of SARS-CoV-2 and mortality: a cross-sectional study from a cohort of long-term care nursing home residents. *BMC Geriatrics* (2022) 22:123 <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02779-0>

Borras-Bermejo B et al. Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection in Nursing Homes, Barcelona, Spain, April 2020. *Emerging Infectious Diseases* • www.cdc.gov/eid • Vol. 26, No. 9, September 2020

Rodríguez P et al. COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España. [Gaceta Sanitaria Volume 36, Issue 3](#), May–June 2022, Pages 270-273

Oliva P et al. Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria: el caso de las residencias. *Informe SEESPAS 2022*. *Gac Sanit*. 2022;36(S1):S56–S60

Palacios-Ceña, D et al. Long-Term Care Facilities and Nursing Homes during the First Wave of the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review of the Perspectives of Professionals, Families and Residents. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 10099. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910099>

Martínez-Payá, M et al. Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic in Nursing Homes: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 16919. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416919>

Meis-Pinheiro U, et al. (2021). Clinical characteristics of COVID-19 in older adults. A retrospective study in long-term nursing homes in Catalonia. *PLoS ONE* 16(7): e0255141. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255141>

Torres ML et al. (2022) Inequities in the incidence and mortality due to COVID-19 in nursing homes in Barcelona by characteristics of the nursing homes. *PLoS ONE* 17(6): e0269639. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269639>