

## OBLIGACIONES DEL PERSONAL SANITARIO Y SUS LIMITACIONES

## LA ÉTICA DE LA PROFESIÓN MÉDICA ANTE LA PANDEMIA

Luis MUÑOZ FERNÁNDEZ

SUMARIO: I. *Introducción y panorama general.* II. *El dilema de las profesiones sanitarias: el deber de atención durante la pandemia.* III. *La búsqueda de respuestas en los códigos de ética profesional.* IV. *El ejemplo de la tradición.* V. *Las motivaciones profundas.* VI. *Conclusiones.*

### I. INTRODUCCIÓN Y PANORAMA GENERAL

La pandemia actual de COVID-19, por su amplia y rápida distribución en todo el mundo, su alta contagiosidad, sus efectos sobre la salud pública e individual y sobre la economía de los países, junto con el hecho de que no exista hasta el momento un tratamiento curativo ni se disponga de una vacuna para evitarla, constituye para la mayor parte de la comunidad internacional un problema inédito de gran alcance y un reto mayúsculo para los sistemas sanitarios de todos los países.

En este contexto, la pandemia ha puesto en evidencia varios dilemas éticos y bioéticos y está generando cambios en la forma de practicar la medicina, la investigación biomédica y la enseñanza de la profesión médica. Algunos de estos dilemas son 1) la publicación de información muy abundante en la que se mezclan noticias verdaderas con otras falsas, lo que se ha llamado “la infodemia”,<sup>1</sup> 2) los riesgos de la toma de decisiones médicas que no se basan en sólidas evidencias científicas, en especial el uso de tratamientos que no están suficientemente validados mediante protocolos de investigación clínica rigurosos,<sup>2</sup> 3) la distribución de recursos limitados o

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (2020), disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314>.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). Uso de emergencia de intervenciones no probadas y fuera del ámbito de la investigación: Orientación ética para la pandemia de COVID-19, disponible en: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1189>.

insuficientes para todos aquellos que los necesitan<sup>3</sup> y 4) las limitaciones sanitarias que se imponen en la enseñanza de la medicina y otras disciplinas.<sup>4</sup>

Sumado a lo anterior, hay que considerar también la imposición de restricciones a la libertad de los individuos en aras de la salud pública con medidas como el confinamiento (cuarentena) y el incremento de las regulaciones de los viajes internacionales para reducir la expansión de la pandemia.<sup>5</sup>

Otro dilema que enfrenta el médico de manera particular en una situación como la que estamos viviendo es el relativo a tener que atender enfermos de una enfermedad provocada por un germen patógeno nuevo, sin vacuna ni tratamiento específico eficaz, con el riesgo de que sea el propio médico quien se contagie, sufra la enfermedad e incluso pueda morir por esta causa. En este capítulo trataremos de esta obligación profesional del médico ante la pandemia de COVID-19.

Conforme esta pandemia de COVID-19 ha ido avanzando y hemos podido conocer cada vez más los diversos aspectos de la enfermedad, también se han hecho evidentes otros dilemas bioéticos, como los relativos a la protección de la confidencialidad de los pacientes, la implementación de los cuidados paliativos en los casos que por su mal pronóstico hagan inútiles o incluso perjudiciales las medidas terapéuticas propias de los cuidados de terapia intensiva (con el agravante adicional de privar de esos recursos a aquellos con mayores posibilidades de beneficiarse de ellos) y todo aquello que tiene que ver con el final de la vida en aquellos enfermos que mueren sin la posibilidad de contar con la cercanía de sus seres queridos.<sup>6</sup>

## II. EL DILEMA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS: EL DEBER DE ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA

A juzgar por la extraordinaria respuesta del colectivo sanitario (personal médico, de enfermería, de intendencia y otros) que hemos observado tanto en México como en otros países, parecería que el deber ético de aten-

---

<sup>3</sup> Rivera López, E. *et al.*, (2020), “Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de COVID-19”, *Revista de Bioética y Derecho*, 3(50), 37-61, disponible en: <https://doi.org/10.1344/rbd2020.50.31816>.

<sup>4</sup> Sacristán, Juan Antonio, y Millán, Jesús, “El médico frente a la COVID-19: lecciones de una pandemia”, *Educación Médica*, 21 (4), (2020), pp. 265-271.

<sup>5</sup> University of Toronto Joint Centre for Bioethics, “Stand on guard for thee. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza”, 2005, disponible en: [http://www.jcb.utoronto.ca/people/documents/upshur\\_stand\\_guard.pdf](http://www.jcb.utoronto.ca/people/documents/upshur_stand_guard.pdf).

<sup>6</sup> Kramer, Jessica B., “Ethics in the time of coronavirus: recommendations in the COVID-19 pandemic”, *Journal of the American College of Surgeons* 230 (6), (2020), pp. 114-118.

der a los pacientes con la COVID-19 no entraña un dilema ético significativo, ya que estos profesionales han enfrentado el reto con una entrega sin fisuras. Sin embargo, tanto la experiencia en epidemias pasadas como en la pandemia actual algunos médicos se han negado a atender a los pacientes o han renunciado a su labor pese a haber sido contratados para ello. Las razones giran en torno al riesgo de adquirir o morir por la enfermedad y la posibilidad nada despreciable de transmitírsela a sus familiares y demás personas de su entorno cercano.<sup>7</sup>

Otra razón del dilema de atender o no a pacientes con la COVID-19 es el de los médicos que padecen una o varias enfermedades crónicas (por ejemplo: diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, enfermedades autoinmunes, etc.), las hoy llamadas “comorbilidades”, lo que, de infectarse con el SARS-CoV-2, incrementa significativamente el riesgo de desarrollar una forma grave o incluso mortal de la COVID-19. Lo mismo puede decirse de aquellos profesionales que tienen una edad de 60 años o más y las profesionales embarazadas quienes, junto a los portadores de enfermedades crónicas, constituyen un grupo laboral especialmente vulnerable.<sup>8</sup>

¿Cuáles son algunas de las razones que se invocan en la literatura para justificar el deber de atención a los enfermos durante una pandemia como la actual? Se señalan las siguientes:<sup>9</sup>

- 1) *Entrenamiento especial*. La profesión médica y el resto del personal sanitario poseen una preparación óptima para esta tarea en comparación con cualquier otro miembro de la sociedad. Para algunos, este elemento por sí solo ya justificaría que los médicos sean quienes atiendan a los infectados asumiendo los riesgos implícitos.
- 2) *Consentimiento/Consentimiento implícito*. Cuando escogieron libremente estudiar esta profesión, las médicas y médicos estaban aceptando tácitamente los riesgos que conlleva.
- 3) *Reciprocidad/Contrato social*. La profesión médica se legitima mediante un contrato con la sociedad y que los médicos atiendan a los enfermos durante una pandemia es lo que la sociedad espera de ellos.

Respecto a este último punto, Paul Starr, en su libro *La transformación social de la medicina norteamericana*, afirma que la profesión médica no tendría

<sup>7</sup> Ruderman, Carly *et al.*, “On pandemics and the duty to treat: Whose duty? Who cares?”, *BMC Medical Ethics*, 7(5) (2006).

<sup>8</sup> Kramer, *op. cit.*

<sup>9</sup> Clark, Chalmers C, “In harm’s way: AMA Physicians and the duty to treat”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 30 (2005), pp. 65-87.

autoridad sobre la sociedad si no hubiera sido capaz de satisfacer las necesidades más sentidas de los seres humanos.<sup>10</sup>

El contrato social del médico con la sociedad implica una reciprocidad de esta con aquel, que se manifiesta, por ejemplo, en el hecho de que la mayoría de los médicos egresa de universidades públicas cuyo mantenimiento proviene, por lo menos en parte, de las aportaciones ciudadanas. Además, la licencia para practicar la profesión garantiza cierta exclusividad, lo que reduce la competencia y permite el acceso a mayores ganancias. Además, la autorregulación de la profesión médica le permite gozar de una mayor autonomía. Por último, al atender a los enfermos de pandemia como la actual, los médicos y demás personal sanitario serán los primeros en beneficiarse cuando se disponga de tratamientos específicos y, sobre todo, de vacunas eficaces.<sup>11</sup>

Está claro que los médicos tienen el deber de atender a los enfermos de la pandemia. Ese deber corresponde a un compromiso ético de la profesión y tiene también una estrecha relación con la ética del cuidado, a la que todos los integrantes del personal sanitario deben estar vinculados. No es ocioso recordar aquí que el principio bioético que subyace al deber de atender a los pacientes en general, y más en el caso particular de una pandemia, es el principio de beneficencia, mismo que para Tom L. Beauchamp y James F. Childress “abarca todas las normas, disposiciones y acciones cuyo objetivo es el de beneficiar o promover el bienestar de otras personas”.<sup>12</sup> Lo anterior no resta relevancia al hecho de que los demás principios bioéticos (autonomía, justicia y no maleficencia) siempre deben ser tomados en cuenta en situaciones extraordinarias como las de una pandemia.

Dicho lo anterior, el dilema sobre el deber de atender a los enfermos en una pandemia podría expresarse mejor mediante la pregunta cuándo y hasta qué límite, en lugar de un simple sí o no.<sup>13</sup> Los límites vienen determinados por el propio historial clínico de las y los profesionales de sanitarios (edad, comorbilidades, embarazo) y la disponibilidad de equipos de protección personal adecuados para desempeñar la labor sin someterse a un riesgo

---

<sup>10</sup> Starr, Paul, *The social transformation of American medicine*, Nueva York, Basic Books, 1982, p. 144.

<sup>11</sup> Malm, Heidi *et al.*, “Ethics, pandemics, and the duty to treat”, *The American Journal of Bioethics*, 8 (8) (2008), pp. 4-19. Gracia, Diego, “La ética y las profesiones sanitarias”, en *Como arqueros al blanco*. Estudios de Bioética, San Sebastián, Triacastela, 2004, pp. 265-278.

<sup>12</sup> Beauchamp, Tom L. y Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, 8a. ed., Nueva York, Oxford University Press, 2019, pp. 217 y 218.

<sup>13</sup> Smith, Maxwell y Upshur, Ross, “Pandemic Disease, Public Health, and Ethics”, *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2019.

innecesariamente elevado que al final redunde en la imposibilidad de seguir brindando a los enfermos la tan necesaria atención médica.<sup>14</sup>

### III. LA BÚSQUEDA DE RESPUESTAS EN LOS CÓDIGOS DE ÉTICA PROFESIONAL

El deber de atender a los enfermos en una epidemia o pandemia se ha establecido en diversos códigos deontológicos de la medicina. La expresión de este deber no está presente en todos los códigos deontológicos médicos y, en aquellos en los que está presente, se plasma con una claridad y minuciosidad variables. Uno de ellos es el *Código de Deontología Médica* del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, en cuyos Principios Generales, el artículo cinco, inciso 3, se señala que “la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de este debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. El médico no puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal”. Un poco más adelante, en el artículo 6, inciso 2, puede leerse que “el médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario”.<sup>15</sup>

En México, el *Código de ética y deontología médica* del Colegio Mexicano de Urología, A.C., en su artículo noveno establece que “El médico debe asumir determinados riesgos en su seguridad individual, respondiendo generosamente ante necesidades extraordinarias, como catástrofes, epidemias, accidentes, conflictos bélicos u otros, que le exijan entrega y dedicación más allá de su práctica habitual”.<sup>16</sup> En el *Código de Ética* del Colegio de Médicos y Cirujanos de Aguascalientes, el artículo 1, inciso 3, de sus Principios Generales, titulado *Voluntariedad y solidaridad en caso de emergencias, epidemias y catástrofes*, se señala lo siguiente:

Constituye un deber del profesional de la salud la prestación de sus servicios de manera voluntaria en ciertos casos de necesidad sanitaria manifiesta como

<sup>14</sup> Singer, Peter A. *et al.*, “Ethics and SARS: lessons from Toronto”, *British Medical Journal*, 327 (2003), p. 1343.

<sup>15</sup> Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, *Código de deontología médica*, 2a. ed., Madrid, 2011, pp. 11 y 12.

<sup>16</sup> Santacruz Romero, Abraham M., “Código de deontología y ética médica del Colegio Mexicano de Urología, A. C.”, *Boletín del Colegio Mexicano de Urología XX* (2), (2005), p. 64.

en caso de emergencias, epidemias, catástrofes o de cualquier situación con grave riesgo para la salud del individuo o de la comunidad.

En ningún caso, el profesional de la salud abandonará sin causa justificada a las víctimas de estos desastres.

La atención de urgencia en caso de catástrofe o desastre deberá realizarse juiciosamente en función de las necesidades médicas y los recursos disponibles.<sup>17</sup>

Entre los códigos profesionales que tratan el tema, merece especial mención el de la Asociación Médica de Estados Unidos de América (*American Medical Association*), que desde su primer *Código de ética* de 1847 abordaba el tema del riesgo personal al brindar un servicio público. El *Código* estaba organizado en relaciones: médico-paciente, médico-médico y médico-público. En cada relación se trataban las obligaciones y derechos recíprocos. En la tercera sección, la relativa a las relaciones entre el médico y el público, proponía una obligación hasta ese momento inédita: “cuando la peste se impone, es el deber de los médicos enfrentar el peligro y continuar con su labor de aliviar a los que sufren, incluso ante el riesgo de perder sus propias vidas”.<sup>18</sup> Conforme en Estados Unidos de América las grandes epidemias empezaron a ser menos frecuentes, decayó el énfasis del *Código de ética* en señalar esta obligación del médico. Se pensó que las pandemias eran cosa del pasado, “anacronismos históricos irrelevantes”. Con la aparición del sida a principios de la década de los 80 del siglo pasado, hubo que dar marcha atrás en este falso optimismo.<sup>19</sup>

El 4 de diciembre de 2001, el Consejo de Delegados de la Asociación Médica de Estados Unidos adoptó la *Declaración de Responsabilidad Profesional*, en la que puede leerse lo siguiente:

Nunca en la historia de la civilización humana ha estado fuertemente unido el bienestar de cada individuo con los demás. Las plagas y enfermedades no respetan fronteras nacionales en un mundo de comercio global y viajes. Las guerras y actos de terrorismo reclutan inocentes como combatientes y marcan a los ciudadanos como objetivos. Los avances científicos en medicina y genética, que prometen grandes beneficios, pueden ser también manejados como agentes del mal. El alcance sin precedentes y la inmediatez de estos acontecimientos demandan una acción concertada y una respuesta por todos.

<sup>17</sup> Delgado Esqueda, Carlos H. et al., *Código de ética del Colegio de Médicos Cirujanos de Aguascalientes*, A. C. *Relación paciente-médico. Voces diversas*, Aguascalientes, COESAMED, 2013, p. 352.

<sup>18</sup> Huber, Samuel J. y Wynia, Matthew K., “When pestilence prevails... physician responsibilities in epidemics”, *The American Journal of Bioethics* 4 (1), pp. W5-W11.

<sup>19</sup> Clark, *op. cit.*

Como médicos, estamos unidos en nuestra respuesta por una herencia común de cuidado para con los enfermos y los que sufren. A través de los siglos, los médicos han cumplido totalmente esta obligación aplicando sus conocimientos y capacidades de manera competente, desinteresada y, a veces, heroicamente. Hoy, nuestra profesión tiene que reafirmar su compromiso para combatir los desastres naturales y los provocados por la mano del hombre sobre la salud y el bienestar de la humanidad. Solamente actuando unidos por encima de las diferencias ideológicas y geográficas podremos hacer frente a tan poderosos agentes nocivos. La humanidad es nuestro paciente.<sup>20</sup>

Existe el señalamiento de que hay un vacío o una imprecisión en los códigos de ética profesional de las diversas agrupaciones médicas a la hora de definir los deberes de sus miembros frente a las epidemias. Así lo considera el Centro de Bioética de la Universidad de Toronto, Canadá, en sus *Consideraciones éticas en la preparación de los planes para la pandemia de influenza*, publicado en noviembre de 2005, con lo aprendido tras la epidemia del síndrome respiratorio agudo y grave del adulto en 2002-2003. Respecto a las epidemias de influenza, tal como puede decirse en las circunstancias actuales, sus autores afirman que los códigos de ética del personal sanitario deben servir como una guía confiable y firme sobre sus derechos y obligaciones y que es muy importante que desde los médicos y enfermeras hasta el personal de las ambulancias cuenten con códigos o principios de conducta ética, de modo que todos sepan qué esperar durante una crisis sanitaria provocada por una enfermedad infecto-contagiosa. Estos códigos deben tratar los siguientes puntos: el nivel de riesgo que el personal sanitario va a asumir, el deber de cuidar a los enfermos y de cuidarse a sí mismo para seguir ofreciendo sus servicios y el deber de no dañar a otros transmitiendo la enfermedad.<sup>21</sup> Este último punto corresponde al principio bioético de la no maleficencia.<sup>22</sup>

#### IV. EL EJEMPLO DE LA TRADICIÓN

A lo largo del tiempo se ha escrito sobre los deberes del médico en relación con sus pacientes y su aceptación o rechazo de los riesgos inherentes a su profesión. Ante una pandemia como la que estamos sufriendo es inevitable

---

<sup>20</sup> American Medical Association, “Una declaración de responsabilidad profesional: el compromiso social de la medicina con la humanidad”, 2001, disponible en: <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-03/declaration-professional-responsibility-spanish.pdf>.

<sup>21</sup> University of Toronto Joint Centre for Bioethics, *op. cit.*

<sup>22</sup> Simonds, A. K. y Sokol D. K., “Lives on the line? Ethics and practicalities of duty of care in pandemics and disasters”, *European Respiratory Journal* 34 (2) (2009), pp. 303-309.

comparar la conducta actual de los médicos con la que mostraron otros médicos durante las epidemias y pandemias del pasado. Esta comparación no es del todo confiable y útil porque la información disponible, el estado del conocimiento médico y las condiciones sociales de épocas remotas son muy distintas de las actuales.

Por ejemplo, durante la epidemia de peste bubónica que asoló Europa en el siglo XIV, salvo aquellos médicos que por sus convicciones religiosas se sacrificaron atendiendo a sus pacientes, la impresión general de acuerdo con las crónicas de la época es que la conducta de los médicos no fue precisamente heroica. Muchos huyeron a lugares más seguros o se encerraron en sus casas sin prestar ningún servicio. La sociedad se horrorizó ante el miedo de los médicos, la inutilidad de sus tratamientos y lo poco que se interesaron profesionalmente en la enfermedad.

Durante la epidemia de peste bubónica ocurrida en Londres entre 1665 y 1666, el boticario William Boghurst fue posiblemente el único que se refirió a las obligaciones del personal sanitario: “cada hombre que practique un oficio o profesión debe hacerlo con todo lo que conlleva, lo bueno y lo malo, lo placentero y lo doloroso, la ganancia y la inconveniencia por igual. Los ministros deben predicar, los capitanes pelear y los médicos deben atender a los enfermos”.

En la epidemia de fiebre amarilla ocurrida en Filadelfia en 1793, varios médicos, incluyendo a Benjamin Rush, trataron a los enfermos asumiendo los riesgos y acabaron enfermando.

Como puede verse, la tradición de atender a los pacientes durante las epidemias muestra ejemplos muy heterogéneos y no nos ofrece una guía clara que nos indique cuál es la conducta correcta en las actuales circunstancias. Sin embargo, el hecho de que la conducta histórica de los médicos durante las epidemias haya sido errática y que se carezca de una tradición completamente congruente, no significa que no exista una historia coherente en la que se ha observado, salvo en ciertos períodos, una voluntad creciente del gremio médico de aceptar el deber de atender a los enfermos en situaciones extraordinarias como las epidemias y pandemias.<sup>23</sup>

En épocas más recientes se han descrito tres modelos de la ética de la atención médica: el basado en el derecho a recibir dicha atención, el llamado modelo del contrato social y el modelo basado en una medicina como una profesión moral.

En el primero, el derecho del paciente a recibir atención genera en el médico el deber de hacerlo, deber que se extiende además a las insti-

<sup>23</sup> Huber y Wynia, *op. cit.*

tuciones y a la propia sociedad. En el segundo, ya comentado en líneas precedentes, se establece un contrato de reciprocidad entre el médico y la sociedad. En estos dos modelos se deja cierta libertad al médico para que acepte atender o no al paciente, aunque existen reglas que regulan dicha libertad. En el tercer modelo, la faceta moral de la profesión médica cobra una relevancia central y tiene sólidas implicaciones en la atención de los pacientes con enfermedades infecto-contagiosas. Las implicaciones morales de la profesión médica no son un tema nuevo, pues ya el médico Scribonius Largus, que ejerció en la antigua Roma durante el primer siglo de nuestra era, concluyó que “el ejercicio de una profesión entraña el compromiso con cierto fin (*professio*) y, por tanto, la obligación de llevar a cabo las funciones y cumplir los deberes (*officia*) necesarios para lograr dicho fin”. No cumplir con estos deberes vulnera la excelencia con la que debe ejercerse la profesión médica.<sup>24</sup>

## V. LAS MOTIVACIONES PROFUNDAS

Por lo expuesto en la parte final de la sección anterior, parece claro que en una situación de emergencia sanitaria como la que estamos viviendo con la pandemia de COVID-19 los modelos de ética médica basados en los derechos o en el contrato con la sociedad, si bien deben tomarse en cuenta, son insuficientes y es por tanto indispensable fortalecerlos concibiendo a la medicina como una empresa moral. Empresa en el sentido que tiene la primera acepción de esta palabra en el *Diccionario de la lengua española*: “Acción o tarea que entraña dificultad y cuya ejecución requiere dedicación y esfuerzo”.<sup>25</sup>

Parece oportuno citar aquí dos ejemplos históricos de esta concepción moral de la profesión médica. El primero proviene de un discurso que William Osler (1849-1919), uno de los médicos más eminentes de todos los tiempos, pronunció ante los alumnos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Toronto, Canadá, en 1903, titulado *La palabra clave en medicina*:

La práctica de la medicina es un arte, no un comercio; una vocación, no un negocio; una vocación en la que hay que emplear el corazón igual que la cabeza...

<sup>24</sup> Zuger Abigail y Miles Steven H., “Physicians, AIDS, and occupational risk”, *Journal of the American Medical Association* 258 (14) (1987), pp. 1924-1928.

<sup>25</sup> Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23a. ed., Madrid, 2014, disponible en: <https://dle.rae.es/empresa>.

El vuestro es un deber más alto y sagrado. No penséis en encender una luz que brille ante los hombres para que puedan ver vuestras buenas obras; al contrario, pertenecéis al gran ejército de trabajadores callados, médicos y sacerdotes, monjas y enfermeras, esparcidos por el mundo, cuyos miembros no se agitan ni gritan, ni se oyen sus voces por las calles, sino que ejercen el ministerio del consuelo entre la tristeza, la necesidad y la enfermedad...

A vosotros, la tropa silenciosa de trabajadores, en los pueblos y zonas rurales, en los arrabales de nuestras grandes ciudades, en los campamentos mineros y en los poblados industriales, en las mansiones de los ricos, en las chozas de los pobres, a vosotros se os ha encomendado la tarea más difícil: ilustrar con vuestras vidas los valores hipocráticos de la erudición, la sagacidad, la humanidad y la probidad. Erudición que os permite aplicar en vuestra práctica lo mejor que se conoce en nuestro arte, y con el aumento de vuestro conocimiento crecerá el inapreciable don de la sagacidad, de modo que a todos y en cualquier lugar podáis proporcionar socorro experto en un momento de necesidad. Humanidad que os hará mostrar en vuestra vida cotidiana ternura y consideración para el débil, piedad infinita para el que sufre, y caridad abierta para todos. Probidad que os hará fieles a vosotros mismos bajo todas las circunstancias, fieles a vuestra elevada vocación, y fieles a vuestro prójimo.<sup>26</sup>

El segundo ejemplo es el de Francis W. Peabody (1881-1927), médico estadounidense de gran calidad profesional y humana, quien, poco antes de morir de manera imprevista, ofreció una serie de conferencias a los estudiantes de medicina de la Universidad de Harvard. Su conferencia más citada se titula *El cuidado del paciente* y en ella podemos leer lo siguiente:

El buen médico conoce a sus pacientes de todo a todo y consigue ese conocimiento a un alto costo. Tiempo, simpatía y comprensión deben brindarse con generosidad, aunque la recompensa se hallará en ese vínculo personal que constituye la satisfacción más grande de la práctica de la medicina. Una de las cualidades esenciales del médico clínico es su interés en la humanidad, porque el secreto del cuidado del paciente consiste en hacerse cargo de él.<sup>27</sup>

Como señalamos anteriormente, la pandemia de VIH/sida que apareció a principios de los años ochenta del siglo XX puso sobre la mesa la reconsideración de los deberes del médico frente a una nueva enfermedad infecto-contagiosa, sin tratamiento disponible durante los primeros años de

<sup>26</sup> Osler, William, *La palabra clave en medicina. Aequanimitas con otras referencias a estudiantes de medicina, enfermeras y médicos*, trad. de M. Fuster Siebert, Manlleu, Fundación Uriach 1838, 2004, pp. 267 y 268.

<sup>27</sup> Peabody, Francis W., "The care of the patient", *Journal of the American Medical Association* 88, (1927), pp. 877-882.

su aparición, y con una significativa tasa de letalidad. Ese ejemplo de dilema ético que en sus días supuso el VIH/sida —en la actualidad la situación es un tanto diferente gracias a la disponibilidad de mejores tratamientos— puede ayudarnos a reflexionar sobre las obligaciones del médico ante la pandemia de COVID-19.

En un artículo publicado una década después, la internista y especialista en enfermedades infecciosas Nancy Rockmore Angoff se preguntaba sobre el deber ético de atender a los pacientes con VIH/sida y consideraba que para responder a esa pregunta era indispensable entender la práctica de la medicina como un gran tapiz inacabado, elaborado a lo largo de los años para contar una historia, entretejido con las historias particulares de cada médico, enriquecido con las hebras del compromiso, el cuidado y las relaciones y deslucido con los hilos del egoísmo. Se debe empezar por observar el medio social y político en el que se origina la pregunta, para después examinar las leyes, las regulaciones, los códigos y principios éticos, así como los aspectos de la historia de la práctica médica relativos a esa pregunta. Tras esas consideraciones viene el examen de los varios modelos actuales de ética médica. Por último, la pesquisa se reorienta hacia la moral para llegar a la respuesta.

Angoff reconoce que los médicos son parte de la sociedad y que comparten el miedo al contagio, fundamentado o irracional, con los demás ciudadanos. Se pregunta: ¿existe algo en el ser médicos que debería obligarlos a enfrentar de lleno sus temores para hacer lo que saben hacer, aliviando el dolor y el sufrimiento que causan enfermedades como el sida? O formulada de otra manera: ¿tienen los médicos el deber ético de cuidar a los pacientes con VIH/sida? Tanto médicos, como abogados y estudiosos de la ética están llegando a la conclusión de que esta pregunta apunta a la esencia de lo que significa ser médico, que es una pregunta muy difícil de responder.

En un país como Estados Unidos, en el que predomina la práctica privada de la medicina, concebida así como un negocio, el dilema se resolvería con cierta facilidad al considerar que el médico tiene la completa libertad de aceptar o rechazar la atención de un paciente con VIH/sida. Sin embargo, ¿tiene la profesión médica alguna dimensión moral que exige estándares de atención por arriba de los intereses pecuniarios y los intercambios del mercado?<sup>28</sup>

Ya hemos visto que buscar la respuesta en el marco legal de los derechos y deberes o incluso en los códigos deontológicos de la medicina conduce a

<sup>28</sup> Angoff, Nancy R., “Do physicians have an ethical obligation to care for patients with AIDS?”, *The Yale Journal of Biology and Medicine* 64 (1991), pp. 207-246.

una respuesta insatisfactoria. Sin embargo, es interesante constatar que en 1988 el Colegio de Médicos y la Sociedad de las Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos publicó la siguiente declaración:

Que un médico se niegue a atender a un tipo específico de pacientes, como los que tienen sida o han sido infectados por el VIH, aduciendo la razón que sea, es moral y éticamente indefendible. La práctica de la medicina es un deber social que entraña una responsabilidad. Si la medicina pretende conservar el respeto como la profesión sanadora, debemos brindar el mejor cuidado posible a nuestros pacientes, sin importar el riesgo personal. Hacer menos amenaza la mismísima naturaleza de la relación paciente-médico, se burla de nuestro legado profesional y vulnera la esencia de lo que es ser médico.<sup>29</sup>

Esta declaración se refiere a algo que va más allá de lo estrictamente legal o incluso deontológico. Apunta a algo un tanto indefinido pero más profundo.

Hemos mencionado previamente los tres modelos actuales de la ética de la atención médica: el basado en los derechos, el del contrato social y el que se basa en la faceta moral de la profesión, que Angoff llama, citando a Zuger y Miles, el modelo basado en la virtud. ¿Qué virtudes distinguen al buen médico? El tratar pacientes infecto-contagiosos como los que tienen VIH/sida, o los que en este momento tienen COVID-19, lejos de lo que se suele decir, no exige condiciones como el heroísmo, el propio sacrificio o la temeridad, sino las virtudes de la valentía y la integridad intelectual.<sup>30</sup> Recordemos lo que señalamos previamente: el deber de atención tiene límites que vienen determinados por el propio historial clínico de las y los profesionales de sanitarios (edad, comorbilidades, embarazo) y la disponibilidad de equipos de protección personal adecuados para desempeñar la labor sin someterse a un riesgo innecesariamente elevado.

Ya Aristóteles se refería a la valentía en su *Ética a Nicómaco* con las siguientes palabras:

La valentía es un término medio entre el miedo y la temeridad... La valentía más natural parecer ser la inspirada por el coraje, cuando se le añaden elección y finalidad... Como hemos dicho pues, la valentía es un término medio en relación con las cosas que inspiran confianza o temor, y en las situaciones

---

<sup>29</sup> Health and Public Committee, American College of Physicians; and the Infectious Diseases Society of America, "The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and infection with the human immunodeficiency virus (HIV)", *Annals of Internal Medicine* 108(3) (1988), pp. 460-469.

<sup>30</sup> Angoff, *op. cit.*

establecidas, y elige y soporta el peligro porque es honroso hacerlo así, y vergonzoso no hacerlo... La valentía sin sabiduría conduce a la precipitación.<sup>31</sup>

La práctica de una profesión, y más cuando los referimos a la medicina, no puede reducirse a un conjunto de conocimientos y destrezas técnicas. A diferencia de otras actividades humanas que tienden a la obtención de bienes externos, en el caso de la medicina se obtienen también bienes internos (la realización personal, por ejemplo) que no sólo benefician al médico como individuo, sino que de alguna manera permean al resto de la sociedad.

Ante el desafío a la esencia misma del ser médico, esta pandemia de COVID-19 nos lleva a preguntarnos por el propósito último de la práctica médica. Ni la visión exclusivamente técnico-científica de la profesión y mucho menos aquella que la reduce a un intercambio mercantil o a una simple provisión de un servicio que pretende equiparar la relación médico paciente a la de un prestador de servicios y su cliente, la práctica médica tiene un propósito mucho más profundo.

Esto lo explica particularmente bien el médico internista y profesor de salud pública Eric J. Cassell, que hace la distinción entre afección, padecimiento y enfermedad. La afección es la alteración del funcionamiento normal de un órgano o de un sistema de órganos. El padecimiento es lo que el enfermo experimenta y la enfermedad es el estado global que resulta de la pérdida de la salud.

Si consideramos la salud como un estado de plenitud, la afección es lo primero que socava esa plenitud. Cassell entiende la salud como la completa conectividad del ser humano consigo mismo y con su entorno y, por tanto, la gravedad de su enfermedad puede medirse por el grado de pérdida de esa conectividad:

En la salud sabemos que estamos vivos por nuestra conectividad con el mundo. Cuando nos desconectamos completamente, estamos muertos. Nos conectamos con el mundo a través de numerosos fenómenos físicos —el tacto, la vista, el equilibrio, el olfato, el gusto, el oído—, pero también mediante nuestro interés en las cosas y en los demás, por nuestros sentimientos hacia las personas, por lo que hacemos y, necesariamente, por lo que somos, por el lugar que ocupamos en el contexto de la sociedad. Al grado que, cuando confiamos realmente en estas conexiones, los pequeños detalles carecen de importancia y perder algunas conexiones no nos asusta tanto como cuando perdemos otras. Cuando padecemos una enfermedad, aunque sea leve, se

<sup>31</sup> Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, trad. de J. Palli Bonet, Madrid, Gredos, 2010, pp. 87-95.

pierden algunos de estos contactos. Incluso una gripa fuerte puede disminuir nuestro interés en el mundo, además del lagrimeo que nubla la visión, pero al menos sabes su causa y comprendes que pasará pronto.

A medida que el padecimiento avanza, se van perdiendo cada vez más conexiones a causa de los síntomas y el aislamiento social forzado por la enfermedad. El paciente se asusta ante la percepción de su desconexión y se desentiende de la pérdida a medida que se reduce su horizonte. Conforme se aleja del mundo real, empieza a construir el suyo propio, un mundo interior o un mundo que comparte exclusivamente con otros enfermos.

Ahora podemos entender el propósito profundo de la práctica médica, que va mucho más allá de la normalización del funcionamiento orgánico alterado: restablecer la plenitud y la conectividad del paciente consigo mismo y con el mundo. Y lo más notable es que ese restablecimiento no sólo beneficia al enfermo, sino al propio médico.<sup>32</sup>

Para Cassell, la práctica médica tiene como objetivo primordial la sanación. El médico, más allá de curar la enfermedad, desempeña el papel de sanador al restablecer la conectividad del paciente. Al decir “sabemos que estamos vivos...” usa el pronombre nosotros, incluyendo al paciente y el médico en un binomio indisoluble. El sanador, al cuidar del enfermo, también se sana a sí mismo. El médico necesita tanto al enfermo como este de él. Ambos cobran sentido mutuamente. El corazón de la práctica de la medicina es una relación, es lo que está en su núcleo más profundo.

Es solamente a través de esa relación como el médico puede lograr su objetivo. Los deberes éticos enraizados en esa relación interpersonal corresponden a la responsabilidad. La preocupación que el médico debe tener por el bienestar de su paciente se origina en esa forma tan especial de relación que se establece entre ambos.

## VI. CONCLUSIONES

Con todo lo expuesto, la pregunta de Angoff, ¿están los médicos obligados a responder “debo hacerlo” y cuidar de los pacientes con VIH/sida?, se responde con un rotundo sí. De esa respuesta no sólo depende la salud y la vida de los enfermos, sino el que los médicos alcancen su realización personal y el que la propia profesión conserve el respeto de la sociedad.

Angoff nos dice que existe un deber ético de atender a los pacientes con VIH/sida (o, en nuestro caso, con COVID-19). Esta obligación tiene

<sup>32</sup> Cassell, Eric J., *The Healer's Art*, Cambridge, Mass., The MIT Press, 1976, p. 27.

asiento en la poderosa esencia de la práctica de la medicina, en la relación paciente-médico. Es en esta relación de cuidar que el médico llega a conocer al paciente de manera integral. La relación conlleva la responsabilidad de estar atento al bienestar del paciente y esta responsabilidad se extiende a los pacientes del futuro. La preocupación por los pacientes que han de venir tiene sus raíces en la visión que el médico tiene de sí mismo basada en la relación que le une a sus pacientes, misma que se merma o lesiona cuando los rechaza y de la que dará cuenta en su propia historia profesional.<sup>33</sup>

El deber del médico hacia los pacientes en esta pandemia de COVID-19 es claro, como lo es el que ese deber tiene para el médico los límites de su edad, su historial clínico (comorbilidades, embarazo) y el contar sin excepción con el equipo de protección personal apropiado que le garantice no arriesgarse innecesariamente, reduciendo así la posibilidad de su propio contagio y la transmisión del virus a sus familiares y demás personas de su entorno cercano.

Finalmente, recordemos lo que nos dice Albert Camus al final de su novela *La peste*,<sup>34</sup> muy citada durante la pandemia actual, cuando nos advierte que toda victoria sobre una enfermedad infecciosa es transitoria, pues el germen que la provoca aguarda siempre la oportunidad para resurgir. Y también lo que nos señala Irene Vallejo en un artículo reciente titulado *Memorias de la fragilidad*,<sup>35</sup> el que a través de una tragedia de Sófocles ejemplifica el llamado inmemorial al deber que todos los enfermos nos hacen a quienes ejercemos las profesiones sanitarias, particularmente en circunstancias tan graves y delicadas como la presente.

---

<sup>33</sup> Angoff, *op. cit.*

<sup>34</sup> Camus, Albert, *La peste*, Ciudad de México, Debolsillo, 2012, p. 255.

<sup>35</sup> Vallejo Moreu, Irene, “Memorias de la fragilidad”, *El País*, 18 de junio de 2020, disponible en: <https://elpais.com/opinion/2020-06-18/memorias-de-la-fragilidad.html>.