

Bioética en tiempos de pandemia *Bioethics in times of pandemic*

Subcomisión de Ética Clínica*

RESUMEN

Las estadísticas arrojadas por la pandemia de COVID-19 evidencian que el impacto sobre la población pediátrica no ha tenido la magnitud mostrada en los adultos. Aun así, tanto para los pediatras como para el resto de los integrantes de los equipos de salud, se plantea un dilema entre el mantenimiento de la responsabilidad, el compromiso en la atención de los pacientes afectados y las dudas e incertidumbres surgidas frente a la posibilidad de contraer la enfermedad y de transmitirla a los seres más cercanos.

Desde allí, se estructuran dos cuestiones centrales: ¿existe un límite moral frente a la posibilidad de correr riesgos durante el ejercicio profesional?, ¿qué influencia tiene la dificultad de acceso a mecanismos de protección imprescindibles para disminuir los riesgos que aquel implica? Consideramos que la bioética puede actuar como una herramienta que permita reflexionar sobre estos y otros aspectos a los que la actual pandemia nos enfrenta.

Palabras clave: bioética, COVID-19, pandemias, práctica profesional, principios morales.

ABSTRACT

It has been demonstrated by statistics that COVID-19 pandemic has not been as aggressive among pediatric population as in adults. Yet, pediatricians and the rest of the health care team face the dilemma of keeping the commitment and responsibilities towards the patients or withstanding the uncertainties arising versus the possibilities of getting infected and spreading it to their beloved ones.

There are two main issues: during the professional everyday practice, is there a moral limit when it comes to taking risks? And what is the importance of having difficulty in getting the proper safety equipment in order to decrease the potential risks? Bioethics, as we think, may work as a tool, helping us all to ponder this and the many other bearings we are facing with the current pandemic.

Key words: Bioethics, COVID-19, pandemics, professional practice, morals.

Cómo citar: Subcomisión de Ética Clínica. Bioética en tiempos de pandemia. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(6):S183-S186.

INTRODUCCIÓN

La pandemia actual es un cisne negro que nos plantea interrogantes que irrumpen de improviso y amenazan todo lo conocido: nuestro mundo, nuestros valores y nuestras creencias. Dicho de otro modo, esta enfermedad nos enfrenta a nuevos desafíos y dilemas éticos que nos llevan a reflexionar desde otra perspectiva, desde una visión humanista. Como pediatras, hasta el momento, la fortuna está de nuestro lado: las estadísticas arrojadas por la pandemia de *coronavirus disease 2019* (COVID-19) evidencian que, hasta ahora, el impacto sobre la población pediátrica no ha tenido la magnitud mostrada en los adultos en cuanto a la gravedad presentada, y, ante el temor del colapso del sistema sanitario, los niños no requirieron cuidados intensivos.

Hasta el 17 de julio del corriente año, se habían registrado, en la Argentina, 14 884 casos confirmados en menores de 18 años, sobre un total de 114 770, un porcentaje del 12,9 % del total de infectados en el país en ese momento. La mayoría de los casos fueron leves o moderados (Boletín Epidemiológico N.º 12, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez –HNRG–, 17/7/20).

Correspondencia:
Dra. Ledesma, Fernanda:
fernanda.ledesma@
gmail.com

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.S183>

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 29-7-2020
Aceptado: 10-8-2020

*Subcomisión de Ética Clínica:

Dra. Fernanda Ledesma; Dr. Miguel Del Valle; Dra. Ma. Martha Cúneo;
Dr. Gonzalo Pérez Marc; Dra. Ma. del Carmen Martínez Perea; Dra. Lidia Albano;
Dra. Gisela De Grandis; Dra. Patricia Cudeiro; Dr. Santiago Repetto;
Dra. Ma. Clelia Orsi; Dra. Diana Cohen Agrest; Dr. Jorge Selandari y
Dr. Alejandro Barceló.

Aun así, no dejan de presentarse múltiples interrogantes (algunos de ellos compartidos con la medicina de adultos) en cuanto a la distribución y utilización de los recursos disponibles. Se plantean no solo dilemas bioéticos en relación con la atención de pacientes, sino también con los miembros del equipo de salud en lo que concierne al acceso y a la provisión de los mecanismos de protección. La carencia de insumos alimentó la incertidumbre ante la probabilidad de un presunto contagio y, de ser así, de su transmisión a sus seres cercanos, además del riesgo de no poder sostener la responsabilidad y el compromiso en la atención de los pacientes afectados.

Aparece, entonces, la bioética como una herramienta que “en los momentos de mayor dificultad, pone de manifiesto su papel fundamental al proporcionar el marco de reflexión y deliberación que permite adoptar las decisiones éticamente correctas, buscando el justo equilibrio entre el interés colectivo y la dignidad del ser humano”. Atentos a estas preocupaciones, desde la Subcomisión de Ética Clínica, quisiéramos compartir dos de los aspectos, entre muchos otros: uno relacionado con el rol de los pediatras en la atención en áreas críticas, y el otro, con los límites que –de acuerdo con nuestro juicio– deberían ser contemplados en la atención de los pacientes afectados y sus familias.

El rol de los agentes de salud en las áreas críticas

Frente a una posible crisis del sistema sanitario, el rol de los agentes de salud resulta de singular importancia para garantizar la atención de calidad de las personas enfermas. En ese escenario, se necesita tomar decisiones complejas, cuyo objetivo final es que esa persona tenga acceso a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que su cuadro clínico requiere. Sin embargo, durante la pandemia, pueden aparecer diferentes circunstancias que limiten ese accionar y requieran una gestión organizativa que sea capaz de planificar diferentes contextos en los que se priorice lo urgente.

Los profesionales de la salud que trabajan en áreas asistenciales deben tomar decisiones en muy corto tiempo y en condiciones que varían a cada momento y con recursos finitos que deben ser distribuidos con la mayor equidad posible. Es importante que, siguiendo las recomendaciones clínicas y éticas –tanto nacionales como institucionales–, la asignación de esos recursos se realice sobre la base de criterios médicos

objetivos. El respeto a la dignidad de las personas es insoslayable, lo cual implica tratarlas de acuerdo con parámetros objetivos de necesidad, impide toda discriminación arbitraria y preserva el principio de no maleficencia, con el fin de evitar la futilidad terapéutica. Además, los pacientes con pronóstico ominoso deben recibir la atención necesaria según el objetivo terapéutico, que es el de *cuídar, acompañar y aliviar el sufrimiento*. Esto no exime de la evaluación de cada caso en función de la singularidad del paciente y de su entorno particular.

El límite en el deber de atención

La medicina trabaja sobre la teoría de la probabilidad, por lo que la incertidumbre es una compañera en ese camino que implica la práctica clínica habitual. Sin embargo, la ausencia de certezas creció exponencialmente durante el curso de esta nueva enfermedad. Este crecimiento requiere ciertas consideraciones: la *COVID-19* tiene un alto porcentaje de variables que aún no se conocen; es muy contagiosa; no cuenta con ningún tratamiento curativo conocido y el único método de prevención probado es el distanciamiento y aislamiento social. Lentamente, se va conociendo el agente causante y el manejo del cuadro clínico que produce. Las decisiones epidemiológicas se van tomando a la luz de los nuevos conocimientos. De alguna manera, se va escribiendo el guion a medida que transcurre la obra. Esto genera aún más incertidumbre.

Ese desequilibrio de la realidad está dado por la misma enfermedad, y su incidencia en el nivel social repercute de diversas maneras en los profesionales de la salud, lo que genera distintas reacciones, que van desde el lógico, esperable (y sano) temor a contagiarse y/o transmitir la enfermedad a sus seres queridos hasta actitudes imprudentes de no adherencia a las medidas de protección. Esto podría sustentarse tanto en un sentimiento omnipotente de invulnerabilidad como en una pura negación del peligro real.

A este modo personal de percibir la realidad se sumó la elevación del equipo de salud a un lugar central dentro del escenario de la pandemia, en el cual los reflectores de la mirada pública derramaron sus aplausos y reclamos. Este posicionamiento genera, a su vez, una exigencia expectante de heroicidad fundada en un proceso de idealización que proyecta en el equipo sanitario cierta abnegación o altruismo extremo. Así, el profesional de salud (humano, susceptible y vulnerable como cualquiera) se ve ubicado entre

la espada y la pared: de un lado, una profesión que ama; del otro, la exposición de sí mismo y de su familia al riesgo de contraer y contagiar la enfermedad.

La medicina impone importantes responsabilidades colectivas sobre los hombros de quienes la ejercen. La primera es la naturaleza misma de la enfermedad. El enfermo se encuentra en un peculiar estado de dependencia y vulnerabilidad. Es el *infirmus* que necesita soporte. Su condición lo conduce a revelar sus debilidades y a abrir su intimidad física y mental al profesional, que se convierte en el soporte que alivia con frecuencia y que siempre debería acompañar. El resultado de este acto de confianza es una relación desigual, de desventaja y dependencia del más débil, en un vínculo asimétrico que genera, en el profesional, la exigencia de un cuidado responsable. El poder se compromete en el servicio.

En segundo lugar, los conocimientos adquiridos por el médico le han sido dados por una comunidad científica: no son su propiedad privada. Fue y es legalmente protegido por las sociedades de los diferentes países con el solo fin de garantizar que la sociedad cuente con profesionales con la formación académica adecuada para la oportuna atención de los enfermos. Los conocimientos, concebidos como un bien social, no deberían utilizarse para obtener lucro personal, prestigio o poder.

Además, ya desde el juramento hipocrático, existe para el médico el mandato ético de prestar servicio a los enfermos. Su promesa pública (la “profesión”) lo obliga a valerse de su competencia personal al servicio de los enfermos. La relación médico-paciente constituye una alianza terapéutica de mutua confianza que impone obligaciones morales bien definidas.

La actualidad de la pandemia nos obliga a interrogarnos: ¿Es posible que el deber moral del profesional de la salud tenga un límite? ¿Qué es lo que marca ese límite? ¿Existe, acaso, algún límite moral que enmarque el “accionar médico” o el “deber médico” cuando al profesional le toca exponerse a situaciones que podrían ser consideradas de mayor riesgo que el habitual?

Según Aristóteles, lo virtuoso está en el justo medio, entre el defecto y el exceso. Lo *bueno* sería, entonces, la representación de una especie de *prudente equilibrio*. En este sentido, es función de la bioética el reflexionar acerca de qué podría actuar como lo justo, lo equitativo y/o lo prudente en diferentes situaciones. Y, de hacerlo, considerando

la mayor cantidad de variables posibles de todas aquellas que se presentan en la realidad. Un ejemplo de esto: ¿qué deber moral les cabe a los profesionales de la salud cuando, pudiendo haberse minimizado en forma responsable, los riesgos que corren, son descuidados, en cuanto a que no se les facilitan los elementos de protección adecuados? Este no es un supuesto abstracto e irreal. En nuestro país, ya hay múltiples registros de fallecimientos de personal sanitario por COVID-19 como consecuencia de la atención de pacientes sin el uso de los elementos de protección necesarios. Estas muertes pueden ser catalogadas, sin dudas, como “evitables” y, por lo tanto, también como inaceptables.

Una gran cantidad de falencias en el manejo de la pandemia fueron denunciadas por los mismos profesionales a cargo de los pacientes. Es menester recordar que el médico, el enfermero, el kinesiólogo, etc., no son soldados; ninguno de ellos ha jurado morir por la medicina. Muy por el contrario, creemos que, más allá de que es cierto que, en general, la sociedad reconoce y agradece continuamente los esfuerzos, la entrega y el compromiso de los médicos, esto no los exime de la realidad de que “el médico es humano y se mueve en un nuevo escenario sanitario de máxima incertidumbre, lo que aumenta su dificultad para la toma de decisiones, a lo que se añade la falta de seguridad, la fatiga y el consiguiente miedo. Necesita descansar, cuidar su salud mental y tomar las máximas medidas de protección física que sean posibles para disminuir el riesgo de contagio y los errores que produzcan daños a terceros y a sí mismo. El médico no es ni héroe ni mártir; lo que debe ser es un buen profesional.

Es por eso por lo que los distintos actores relacionados con la conducción de las acciones para mitigar los efectos de la pandemia deberían cumplir con lo que a cada uno de ellos le compete. En primer lugar, el Estado —por medio de la provisión a los efectores de todos los medios necesarios para lograr un adecuado funcionamiento— debe garantizar la protección integral de la población siguiendo las medidas epidemiológicas sugeridas.

En segundo lugar, las instituciones deben adoptar las medidas de protección correspondientes, tanto al personal como a sus pacientes y acompañantes. Las directivas claras y unificadas resultan un medio efectivo para evitar el temor, el estrés y la dificultosa toma de decisiones. La distribución de recursos

debe ser hecha de manera equitativa y ofrecer mayor protección a los que se encuentran expuestos a mayor riesgo. “Todo lo que sea heroico en medicina es solo un indicio de pésima organización”.

En último lugar, los profesionales de la salud deben cumplir con su rol profesional, atendiendo a todos los pacientes de igual manera y con igual compromiso, dentro de un marco lógico de seguridad. Por lo tanto, consideramos que sí existe un límite moral en la atención. En parte, podría relacionarse con alguna deficiencia en el accionar de los actores antes nombrados o por alguna limitación individual que pudiera llegar a condicionar ese accionar. Por esto, y con el fin de evitar lo que podría considerarse una “inmolación moral” al asumir un riesgo desmedido e innecesario, debería considerarse lo siguiente:

- a. Que existe el deber moral de protegerse y ser protegido.
- b. Que la enfermedad epidémica COVID-19 afecta más a determinados grupos etarios y a pacientes con multipatologías. Los integrantes del equipo de salud que formen parte de alguno de estos grupos no deberían sentirse obligados (y, menos aún, *ser* obligados) a continuar con la atención, salvo que ese acto que está más allá de sus obligaciones sea impulsado por una decisión personal basada en un sentimiento altruista o de abnegación.
- c. Que ningún profesional que NO cuente con los equipos y condiciones adecuadas debería estar obligado (o sentirse obligado) a prestar atención, exponiéndose a un mayor riesgo que el necesario.

CONCLUSIONES

En relación proporcional con la magnitud de la patología que atraviesa la población en todos los niveles, surgen nuevos dilemas y reflexiones bioéticas. En efecto, los integrantes de los equipos de la salud y los administradores sanitarios deben abordar los temas relacionados con esta crisis y racionalizar equipos, insumos y recursos en pos de prioridades que no son las habituales. De la misma manera, deben afrontar nuevos e inesperados dilemas morales. Las decisiones siempre resultan difíciles y más aún en un escenario de urgencia y pandemia.

En este contexto, consideramos que la Bioética puede y debe contribuir en forma sistemática a enfrentar, acompañar y resolver aquellas situaciones novedosas de emergencia que puedan ir surgiendo.

Quizás uno de los mayores aprendizajes de la pandemia pueda ser sintetizado en una de las características centrales de esta disciplina: la de la enseñanza a prestar una atención basada en el respeto y la dignidad de los pacientes. Es imperioso que, para que esto suceda, también esté garantizado el reconocimiento de este mismo respeto y dignidad en los profesionales de la salud. ■

REFERENCIAS

1. Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. *Pers Bioét.* 2020;24(1):77-89.
2. De Sola J. Coronavirus: negación del peligro o miedo. *De Salud Psicólogos.* [Consulta: 10 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://desaludpsicologos.es/coronavirus-negacion-del-peligro-o-miedo/>.
3. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice.* New York: Oxford University Press;1993.
4. Gracia D. *Fundamentos de Bioética.* Madrid: Eudema Universidad; 1989.
5. Organización Médica Colegial de España, Comisión Central del Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales Médicos. *Proceder del médico ante la dificultad para realizar su actividad asistencial en contacto con pacientes covid, por la escasez de medios de aislamiento y protección.* [Consulta: 10 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u1026/n.p._cgcom_ccd_1_4_20.pdf.
6. IntraMed. Fotoentrevista al Dr. Carlos Tajer. 2020. [Consulta: 10 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=85383>.

Lectura de interés

- Berlinger N, Wynia M, Powell T, Micah Hester D, et al. Ethical Framework for Health Care Institutions & Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Coronavirus Pandemic: Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. *The Hastings Center.* 2020,16 march. [Consulta: 10 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>.
- García Gibson F. El Estado y los límites de la justicia distributiva en la era global. *Derecho y Humanidades.* 2012;20:175-82.
- González AP. Justicia distributiva en el sistema de salud: el racionamiento de los recursos en tiempo de crisis. *DS: Derecho y salud.* 2014; 24(Extra 1):19-26.
- Pastor Palomar N. Reservas a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Rev Electrón Estud Int.* 2019;37:1-34.