

Frente a la amenaza de la enfermedad del Ébola... ¿por qué permanecer en servicio? Algunas reflexiones

CLAUDIA DONOSO S.^a

Why should we remain in service when facing the threat of Ebola virus infection? Some reflections

Currently, the Ebola virus has been classified by the WHO as “an international public health emergency” that has highlighted among other things, the enormous importance of proper and timely medical care. However, the complexity of this new health scenario, mainly due to personal risk in the event of infection, means that professionals are directly faced with situations of great ethical conflict since there is a competition between their duties to patients, colleagues, society and those directed to their own safety. The reasons given by those professionals who respond positively to the duties of their patients have been categorized into three items, namely: professional ethics, the need to help and work ethics. The philosophical foundations of these responses find their roots in the compassion and sense of responsibility that arise when we face helplessness.

(Rev Med Chile 2015; 143: 925-929)

Key words: Ethics; Ethics, Medical; Moral Obligations; Professional.

Durante el transcurso del año 2014, la enfermedad por el virus del Ébola pasó de ser una patología endémica de regiones concretas de África a constituir una amenaza de salud pública mundialmente reconocida. Esta “emergencia pública sanitaria internacional”, como calificó la Organización Mundial de la Salud (OMS) a dicha situación, puso en evidencia, entre otras cosas, la importante labor de los centros asistenciales como organismos de contención. De lo anterior se deduce que es necesario contar con una clara estrategia de asistencia médica, para evitar que la respuesta frente a la eventual llegada de la enfermedad se transforme en una situación caótica que disminuya la efectividad de las medidas adoptadas.

Dentro de este contexto, la respuesta médica positiva al “deber de socorro” no siempre podrá ser garantizada en base a las exigencias legales o contractuales a las que el profesional esté adscrito, y en especial, cuando el riesgo personal se ha in-

crementado más allá de los estándares habituales. Por lo mismo, muchas de las respuestas positivas a este deber tendrán su fundamento en la conciencia moral. Es por ello importante averiguar cuáles son las razones fundamentales que dan los profesionales que responden positivamente a este deber en situaciones de desastre y, conjuntamente, discutir algunas fundamentaciones éticas detrás de esas actuaciones positivas.

Los motivos para responder

Al analizar la respuesta positiva del profesional al “deber de socorro” desde la perspectiva de la bioética principialista, se podría inferir, que el derecho a la asistencia médica se desarrollará dentro del ámbito de los mínimos morales, específicamente, a través de los principios de justicia y no maleficencia, en cuyas circunstancias, las instituciones de salud tienen la obligación de entregar a sus ciudadanos las medidas de atención

Departamento de Estomatología.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad de Talca. Talca, Chile.
^aCirujano Dentista. Magíster en Bioética.

Recibido el 3 de noviembre de 2014, aceptado el 22 de junio de 2015.

Correspondencia a:
Claudia Donoso S.
Teléfono: 071-2-201505
cldonoso@utalca.cl

necesarias frente a amenazas que puedan o hayan afectado la integridad de aquellos.

Por otro lado, la respuesta positiva a este deber, por parte del profesional, se fundamentará en el compromiso personal con sus pacientes, encargo que encontraría su arraigo en el área de los máximos morales, concretamente en torno a los principios de beneficencia y autonomía, ámbito en el cual la conciencia moral impulsará al sanitario hacia la búsqueda de acciones positivas para el logro de su objetivo, a saber: la recuperación de la salud y no sólo la eliminación de daños inmediatos.

Lo extraordinario de estos eventos enfrentan al profesional directamente con situaciones de gran conflictividad ética. Por una parte, está el compromiso moral de éste con el no abandono de su paciente, sustentado por el principio de beneficencia¹, por otro, el derecho del profesional a tener la libertad de tomar sus propias decisiones -respecto a su seguridad- para elegir cuándo y cómo prestar cuidado², y las exigencias sociales de respuesta sanitaria reclamadas a la profesión en función del bien común en base al principio de justicia³.

El miedo, al riesgo exponencialmente mayor, la falta de compromiso con el ideario de la profesión⁴, la imposibilidad de la ley de exigir ciertos comportamientos que en situaciones extraordinarias se pueden transformar en una respuesta supererogatoria desde el punto de vista legal⁵, la sensación de una falta de reciprocidad de los empleadores hacia los profesionales, la ausencia de guías y pautas de acción para situaciones como éstas, y el miedo a posibles demandas⁶, parecen ser las principales determinantes para no responder brindando socorro.

Por otro lado, las razones por las cuales los profesionales médicos se mantienen en ejercicio durante situaciones como éstas son muy variadas: ya sea que responden motivados por un fuerte sentido del deber de trabajo, producto de una ética profesional⁶⁻⁹, donde los protagonistas declaran la existencia de “un deber profesional que trae consigo una obligación de actuar incluso en circunstancias difíciles y peligrosas”⁶. Actos que se verían fundamentados entre otras cosas: por el entrenamiento especial que otorga la profesión^{3,8,10,11}, por las muestras de reciprocidad de la profesión hacia la sociedad en razón de las oportunidades y privilegios otorgados^{3,10,12,13}, por el impacto en la

salud pública que estas actuaciones conllevan, así como por las expectativas de la población³, etc.

Otra de las razones que se declaran, es la creencia en un deber general de ayuda, el cual indica que por el simple hecho de que una persona esté en condiciones de ayudar a otra, aquel sería motivo suficiente para cubrir la necesidad de la segunda. Aquí, el deber de ayuda constituye una exigencia individual y social por el bien común aplicado a todas las personas, y no sólo a los trabajadores sanitarios. Sin embargo, algunos de estos trabajadores jugarían un rol trascendental debido a sus competencias específicas, dando así razón de una responsabilidad especial que otros podrían no tener^{6,14}.

O bien, por una ética de trabajo y lealtad, esta consideración emerge de la creencia de que tanto los colegas como los pacientes dependen del trabajo del sanitario, y éste, al negarse a trabajar estaría abandonando a aquellos, lo que sería moralmente incorrecto^{3,6}.

O simplemente, dicha respuesta estaría determinada por una actitud altruista, fundamentada en principios religiosos o filosóficos personales⁴.

Pero más allá de la explicitación de los motivos entregados por los profesionales para responder positivamente a estas situaciones extraordinarias, podría resultar interesante reflexionar en torno a algunas de las posibles fundamentaciones éticas detrás de estos comportamientos positivos.

El sustento ético detrás de la respuesta positiva al deber de socorro

Schopenhauer afirma que sólo hay tres móviles fundamentales de las acciones humanas capaces de mover a la voluntad, a saber: egoísmo (placer propio), maldad (querer el dolor ajeno) y compasión (querer el placer ajeno)¹⁵. Para él, el único móvil capaz de generar acciones morales es la compasión, la cual constituye un “hecho innegable de la condición humana (...) por eso siempre se apela confiadamente a ella como algo existente necesariamente en todos los hombres”¹⁵.

Aquel afirma que la compasión tendría una expresión mínima que se materializará en los deberes de justicia o deberes perfectos, y una expresión máxima manifestada en los deberes de caridad o deberes imperfectos.

Y es precisamente en estos deberes imperfec-

tos donde se desea enfocar la discusión. Pues la compasión revelada en su expresión de caridad, no sólo busca no dañar al otro, sino que ante todo ayudarlo, y es por esto, que el individuo, como dice Schopenhauer, “será movido por aquel motivo puramente moral a ofrecer por la necesidad o la exigencia del otro un mayor o menor sacrificio, que puede consistir en el empleo de mis fuerzas, en mi propiedad, en mi salud, libertad, o incluso en mi vida”¹⁵. ¿No es acaso esto lo que ocurre con aquellos que cuando ven a otro en claro peligro corren en su auxilio?, ¿no es acaso este deber el que impulsó a los profesionales a permanecer en África?, ¿no es precisamente este sentimiento de compasión lo que motivó a los profesionales a brindar ayuda a los afectados por el terremoto del 27F del año 2010, o a los aquejados por el aluvión de Atacama, ocurrido recientemente?

Respecto a esta cuestión, la Asociación Médica Americana, en su código de ética, específicamente en el ítem Obligaciones de los Médicos en la Respuesta y Preparación a Desastres establece lo siguiente: “... debido al compromiso de cuidado con el enfermo y el herido, los médicos tienen la obligación de entregar cuidado médico de urgencia durante las situaciones de desastre. Esta obligación ética se mantiene incluso enfrentando un riesgo mayor que el usual, para la propia seguridad, la salud, o la vida...”¹⁶. Asimismo, datos empíricos proporcionados por el estudio de Alexander y Wynia, en relación al tema de tratar pacientes de alto riesgo demostraron que: 80% estaba dispuesto a cuidar pacientes durante el brote de un enfermedad desconocida y potencialmente letal, 40% estaba dispuesto a colocarse a sí mismo en riesgo de contraer una enfermedad letal para salvar la vida de otros, y 33% estaba dispuesto a cuidar pacientes infectados de viruela incluso sin estar vacunados. Sin embargo, sólo 21% se sintió preparado para tal eventualidad¹⁷. La literatura da cuenta de ello, al indicar que uno de los principales obstáculos percibidos hacia la disposición a trabajar en circunstancias como éstas provendrían de roles institucionales no cubiertos.

Se dice que la compasión, como móvil fundamental de la voluntad, que en su máxima expresión recibe el nombre de caridad, produce en el sujeto la capacidad de percibir la necesidad del otro como propia, en otras palabras, el dolor, el sufrimiento, la carencia del otro, se convierten en un motivo suficiente, tanto como si ese dolor

o necesidad fuesen propios, como indica el autor, “aunque ese sufrimiento se me de como algo exterior, a través de la mera intuición o la noticia externa, sin embargo, lo con-siento, lo siento como mío, pero no en mí, sino en otro”¹⁵. Y es precisamente esta co-dependencia la que mueve al sujeto a obrar. Stein llama a esto empatía, definiéndola como “un acto que es originario como vivencia presente, pero no originaria según su contenido”¹⁸, y a partir de la cual el yo puede identificarse con el otro. Esta capacidad de identificación con el otro no establece diferencia entre la persona propia y la persona ajena, entre el yo y los otros, porque el yo simplemente se entiende como un nosotros. De esta manera, el otro constituye un yo y no un no-yo, como ocurre en el caso del egoísmo o la maldad. Levinas afirma que “el término *yo* significa heme aquí respondiendo de todo y de todos”¹⁹, porque a fin de cuentas es el otro quien despierta las acciones morales.

El mismo Adam Smith da cuenta de la presencia de algunos elementos en la naturaleza humana que permitirían al interlocutor colocarse en la situación del que padece, a esta capacidad la llama simpatía, algo así como una facultad que permitiría coparticipar en los sentimientos ajenos. En su libro “Teoría de los Sentimientos Morales”, Smith aclara que “simpatizamos con el dolor y el placer ajenos, no por una comunión con los afectos del otro, sino porque nos damos cuenta de la situación en que se encuentra (...) y compartimos con él su placer y su dolor”, de tal manera que, “la compasión en el espectador deberá surgir de la consideración de lo que él en persona sentiría viéndose reducido a la misma triste situación”²⁰.

Ahora, por otro lado, esa representación del yo en el otro, sería capaz de despertar un sentimiento de responsabilidad por ese otro, siendo la responsabilidad una característica propia de lo humano. Propiedad (la responsabilidad) que encontraría su arraigo en la capacidad de elección del individuo. Pues el hombre, como diría Zubiri, en la necesidad de justificar su presencia en este mundo -recordemos que aquel no es determinado en base a los instintos como ocurre en el caso de los animales- ha de ser capaz de generar una representación del fin, y conjuntamente manifestar una intención por alcanzar ese fin. Se dice que “la intención es lo que hace significativo y humano lo que de otra manera sería un puro evento natural”²¹. En otras palabras, el hombre en base a su

libertad elige, y siempre está obligado a elegir, la persona que quiere llegar a ser. Por consiguiente, si soy capaz de elegir, también he de ser capaz de responder y de hacerme responsable. En torno a ello, Gracia declara que “responder a través de posibilidades es lo que llamamos responsabilidad (...). Todos los seres vivos responden de una u otra forma a los estímulos. Pero sólo los hombres son “responsables”²². En pocas palabras, si soy libre de elegir estoy obligado a responder, y por lo mismo, se me puede imputar responsabilidad.

Ahora, ¿cuál será el campo de acción de la responsabilidad? Evidentemente, el área de operación de ésta no sólo remitirá a los actos *ex-post facto*, sino también hacia los seres humanos en condición de desamparo. “Al comprobar que algo es bueno en sí mismo y además vulnerable, quien tiene poder para protegerlo, se siente abochornado de su egoísmo si no lo hace. Al comprobar que algo es bueno en sí mismo (recordemos que Kant declara que el hombre es un fin en sí mismo, y por tanto, portador de dignidad. Ser un fin en sí mismo significa que elijo mis fines y a la vez me defino a mí mismo) y además vulnerable, quien tiene poder para protegerlo, para cuidar de ello, debe hacerlo, debe hacerse responsable de su suerte”²³, dice Cortina refiriéndose a la ética jonasiana.

Evidentemente, lo relatado hasta el momento coloca en evidencia que si bien la razón juega un rol protagónico al instruirnos acerca de lo correcto o incorrecto, de lo justo e injusto, de lo bueno y lo malo, aquella no es suficiente para desencadenar la acción, y se necesita de algo más, de un sentimiento: el sentimiento moral, que impulse a la voluntad. Hume en su obra “Investigación sobre los Principios de la Moral”, declara que “aunque la razón sea suficiente (...) para instruirnos acerca de las tendencias útiles o perniciosas de las cualidades o acciones, ella sola no es suficiente para producir ninguna aprobación o censura moral (...). Con vistas a conceder la preferencia a las tendencias útiles sobre las perniciosas es indispensable que se manifieste aquí un sentimiento. Este sentimiento no puede ser otro que una apreciación de la felicidad de la humanidad y una indignación por su sufrimiento”²⁴.

Y en el caso particular que estamos tratando, este sentimiento recibiría el nombre de sentimiento de responsabilidad, el cual de acuerdo a Jonas²⁵, surgiría cuando el hombre toma conciencia de la vulnerabilidad del otro. Consideremos

además que la vulnerabilidad pareciera “ser un rasgo aun más básico de la constitución humana que la racionalidad, porque se da en todos los seres humanos sin excepción”²⁶. Es por ello, que cuando la respuesta a esta llamada de auxilio es negativa, la conciencia moral de los otros y la del sujeto mismo, reclaman al yo el no cumplimiento de su labor.

Conclusiones

Claramente, situaciones sanitarias tan extremas como las generadas por la enfermedad del Ébola, exigen a los servicios asistenciales respuestas de ayuda en forma inmediata. Sin embargo, parece muy difícil garantizar aquellas completamente en base a las exigencias legales o contractuales a las que el profesional esté adscrito, puesto que en no pocas oportunidades, el campo de acción de estas conductas traspasará el umbral de lo erogatorio para situarse dentro de lo supererogatorio -es decir, procederes insertos dentro del área de los máximos morales, o de nivel 2- y en donde la conciencia moral juega un rol protagónico.

Y es precisamente esta conciencia moral, que impulsada por un sentimiento de benevolencia y responsabilidad, la que permitiría al yo compartir la carencia ajena, y de esta manera, el primero orientará su voluntad hacia la ejecución de acciones que no persiguen otra cosa que la de ayudar al otro en franco desvalimiento, en otras palabras, una actitud de pródiga humanidad.

Referencias

1. Borrell F, Júdez J, Segovia J, Sobrino A, Álvarez T. El deber de no abandonar al paciente. *Med Clin* 2001; 117: 262-73.
2. Bensimon C, Tracy C, Bernstein M, Shaul R, Upshur R. A qualitative study of the duty to care in communicable disease outbreaks. *Soc Sci Med* 2007; 65 (12): 2566-75.
3. van der Weijden C, Bredenoord A, van Delden J. The duty to treat in the context of an influenza pandemic. *Vaccine* 2010; 28 (32): 5260-4.
4. Iserson K, Heine C, Larkin G, Moskop J, Baruch J, Aswegan A. Fight or flight: the ethics of emergency physician disaster response. *Ann Emerg Med* 2008; 51 (4): 345-53.
5. Selgelid M, Chen YC. Specifying the duty to treat. *Am J Bioeth* 2008; 8 (8): 26-7.

6. Ives J, Greenfield S, Parry J, Draper H, Gratus C, Petts J, et al. Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study. *BMC Public Health* 2009; 9: 56.
7. University of Toronto, Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. Un reporte de University of Toronto, Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group 2005; 27p. http://jcb.utoronto.ca/publications/documents/stand_on_guard.pdf
8. McKay A. Supererogation and the profession of medicine. *J Med Ethics* 2002; 28 (2): 70-3.
9. Pellegrino E. Medical ethics in an era of bioethics: resetting the medical profession's compass. *Theor Med Bioeth* 2012; 33 (1): 21-4.
10. Ruderman C, Tracy C, Bensimon C, Bernstein M, Hawryluck L, Zlotnik R, et al. On pandemics and the duty to care: whose duty? who cares? *BMC Med Ethics* 2006; 7: 5.
11. Clark C. In harm's way: AMA physicians and the duty to treat. *J Med Philos* 2005; 30 (1): 65-87.
12. Simonds A, Sokol D. Lives on the line? Ethics and practicalities of duty of care in pandemics and disasters. *Eur Respir J* 2009; 34 (2): 303-9.
13. Malm H, May T, Francis L, Omer S, Salmon D, Hood R. Ethics, pandemics, and the duty to treat. *Am J Bioeth* 2008; 8 (8): 4-19.
14. Joint Centre for Bioethics Pandemic Ethics Working Group, Upshur R. The duty to care in a pandemic. *Am J Bioeth* 2008; 8 (8): 31-3.
15. Schopenhauer A. *Los dos problemas fundamentales de la ética*. Madrid: siglo XXI, 2007.
16. AMA. *Code of Medical Ethics*. Edición 2012-2013. United States of America, 2012.
17. Alexander G, Wynia M. Ready and willing? Physicians' sense of preparedness for bioterrorism. *Health Aff* 2003; 22 (5): 189-97.
18. Stein E. *Sobre el problema de la empatía*. Madrid: Trotta, 2004.
19. Levinas E. *De otro modo que ser o más allá de la esencia*. Salamanca: Sígueme, 2003.
20. Smith A. *Teoría de los sentimientos morales*. México: Fondo de Cultura Económica, 1979.
21. Tealdi J. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Colombia: UNESCO y Universidad Nacional de Colombia, 2008.
22. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela, 2008.
23. Cortina A. *Por una ética del consumo*. España: Taurus, 2004.
24. Hume D. *Investigación sobre los principios de la moral*. Madrid: Espasa Calpe S.A, 2006.
25. Jonas H. *El principio de la responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. España: Herder, 1995.
26. Feito L. Vulnerabilidad. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30(3): 7-22.