

CORONAVIRUS: ¿POR QUÉ DEBERÍAN SER “HÉROES” LOS PROFESIONALES DE LA SALUD?

CORONAVIRUS: WHY SHOULD HEALTHCARE PROFESSIONALS BE “HEROES”?

CORONAVÍRUS: POR QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVEM SER “HERÓIS”?

Delia Outomuro*

Lorena Mariel Mirabile**

* Médica (Universidad de Buenos Aires) - Licenciada en Filosofía (Universidad de Buenos Aires) Abogada (Universidad de Buenos Aires) Doctora en Medicina (Universidad de Buenos Aires) Profesora Regular de Bioética y de Medicina Interna. Facultad de Medicina (Universidad de Buenos Aires) Profesora en la Maestría en Aspectos bioéticos y jurídicos de la salud de la Universidad del Museo Social Argentino.

** Licenciada en Ciencias de la Comunicación. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Abogada. Facultad de Derecho. Universidad de Buenos Aires. Doctora. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Docente Adscripta y Autorizada. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. JTP. Bioética. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Profesora Titular. Facultad de Ciencias Médicas. UCES. Profesora en la Maestría en Aspectos bioéticos y jurídicos de la salud de la Universidad del Museo Social Argentino..

SUMARIO: *Introducción; 2 El principio de beneficencia; 3 El Juramento Hipocrático; 4 Ideales morales. Acciones supererogatorias; 5 Excelencia moral: santos y héroes; 6 Normativa legal para proteger personas vulnerables durante la pandemia; 7 Algunos testimonios en los medios de comunicación; 8 Estado de necesidad disculpante; 9 Reflexiones finales: más dudas que respuestas categóricas; Referencias.*

RESUMEN: La pandemia COVID-19 ha vuelto a poner en plena escena y jaque los principios de la bioética. Un torbellino de ideas nos sumerge en una conflictividad sinfín: bien individual *vs* bien comunitario, valor vida *vs* valor de la libertad, respeto de la autonomía *vs* justicia en la distribución de recursos escasos, bien común *vs* no maleficencia en investigación con vacunas, etc., etc., etc. Paralelamente, ha desempolvado delitos tipificados en el código penal bajo el acápite de “delitos contra la salud pública” y que parecían haberse quedado en el tiempo limitados a “envenenar o adulterar aguas potables o alimentos o medicinas”, tal como continúa su título en nuestra legislación nacional. De la vasta problemática despertada por la pandemia, nos proponemos reflexionar en torno al mentado principio de beneficencia que obliga a los sanitarios a hacer el bien (¿siempre... en cualquier condición ...?).

PALABRAS CLAVE: Coronavirus; Héroes; Profesionales; Salud.

ABSTRACT: The COVID-19 pandemic has once again put the principles of bioethics on the scene. A whirlwind of ideas plunges us into endless conflict: individual good *vs* community good, life value *vs* freedom value, respect for autonomy *vs* justice in the distribution of scarce resources, common good *vs* non-maleficence in vaccine research, etc., etc etc. At the same time, it has dusted off crimes classified in the penal code under the heading of “crimes against public health” and that seemed to have been limited in time to “poisoning or adulterating drinking water or food or medicine”, as its title continues in our national legislation. From the vast problems aroused by the pandemic, we propose to reflect on the aforementioned principle of beneficence that forces health workers to do good (always ... in any condition ...?).

KEY WORDS: Coronavirus. Heroes. Professionals. Health.

Autor correspondente:

Delia Outomuro

E-mail: deliaoutomuro@gmail.com

RESUMO: A pandemia COVID-19 colocou mais uma vez em cena os princípios da bioética. Um turbilhão de ideias nos mergulha em um conflito sem fim: bem individual x bem da comunidade, valor de vida x valor de liberdade, respeito pela autonomia x justiça na distribuição de recursos escassos, bem comum x não maleficência na pesquisa de vacinas, etc., etc. Ao mesmo tempo, varreu a poeira dos crimes classificados no código penal sob o título de “crimes contra a saúde pública” e que pareciam ter se limitado no tempo a “envenenar ou adulterar água potável, comida ou remédio”, como seu título continua na nossa legislação nacional. Dos vastos problemas suscitados pela pandemia, nos propomos a refletir sobre o referido princípio da beneficência que obriga os trabalhadores de saúde a fazerem o bem (sempre ... em qualquer condição ...?).

PALAVRAS-CHAVE: Coronavírus. Heróis. Profissionais. Saúde.

INTRODUCCIÓN

La pandemia COVID-19 ha vuelto a poner en plena escena y jaque los principios de la bioética. Un torbellino de ideas nos sumerge en una conflictividad sinfín: bien individual *vs* bien comunitario, valor vida *vs* valor de la libertad, respeto de la autonomía *vs* justicia en la distribución de recursos escasos, bien común *vs* no maleficencia en investigación con vacunas, etc., etc., etc.

Paralelamente, ha desempolvado delitos tipificados en el código penal bajo el acápite de “delitos contra la salud pública” y que parecían haberse quedado en el tiempo limitados a “envenenar o adulterar aguas potables o alimentos o medicinas”, tal como continúa su título en nuestra legislación nacional.

De la vasta problemática despertada por la pandemia, nos proponemos reflexionar en torno al mentado principio de beneficencia que obliga a los sanitarios a hacer el bien (¿siempre... en cualquier condición...?)

Un medio de comunicación español¹ ha titulado: “*Yo soy igual de humana que tú: los mitos no ayudan a los ‘héroes’ de la sanidad*”. Y añade: “*Mientras la mayor parte de la población aguarda en casa, los sanitarios trabajan expuestos al coronavirus. Los llamamos héroes, pero la mayoría no se sienten así*”. Basta con mirar a nuestro alrededor y preguntar a quienes habitan el mundo de la sanidad, para darnos cuenta de que son cientos y cientos las personas que se exponen, por su profesión, a los ambientes más hostiles y peligrosos y que bien podrían ser incluidos como testimonio del citado artículo.

Algunos² consideran que llamar *héroes* o *ángeles* a los profesionales de la salud que *luchan* contra la pandemia puede ser problemático y afectarles psicológicamente. Esther Murray, de la Universidad Queen Mary de Londres, sostiene que “*decirles que son ángeles puede suponer un conflicto psicológico porque hace que parezca que se inscribieron para morir luchando contra el coronavirus, como lo hace un héroe, pero no lo hicieron. También hace que sea más difícil para ellos hablar sobre cómo se sienten realmente porque las opiniones se polarizan: ¿eres un héroe o un cobarde? Muchos miembros del personal se sienten cobardes, pero no lo son en absoluto, están justificadamente asustados y molestos*”.³ Es aquí, por lo menos prudente, hacer mención de la máxima de los expertos en comunicación respecto de los procesos de resignificación a los que son sometidos los discursos, los mediáticos en particular, por parte de las instancias de recepción discursiva, instancias activas y heterogéneas que “metabolizan” las mensajes mediáticos del modo en que sus estructuras mentales lo permiten.

Por su parte, la OMS⁴ destaca el aumento del número de infecciones, enfermedades y agresiones en los trabajadores de la salud que luchan contra la COVID-19. La COVID-19 ha expuesto a los trabajadores de la salud y a sus familias a niveles de riesgo sin precedente. Los datos indican que el número de infecciones por el virus de la COVID-19 entre los trabajadores de la salud es mucho mayor que entre la población general. Si bien los trabajadores de la salud representan entre el 3% y el 2% de la población de la mayoría de los países, se estima que alrededor del 14% de los casos de COVID-19 notificados a la OMS corresponden a trabajadores de la salud. Y en algunos países, la proporción se eleva al 35%. Por otro lado, miles de trabajadores de la salud infectados han perdido la vida. Pero además de los riesgos físicos, la pandemia ha ejercido niveles extraordinarios de estrés psicológico sobre el personal de salud. Este personal se ha visto expuesto a gran demanda de atención durante largas horas, ha vivido con el temor constante de estar expuestos a la enfermedad mientras están separados de sus familias y, en ocasiones se han visto afectados por discriminación o estigmatización social; en este sentido, la OMS evidenció un aumento de la notificación por parte de los trabajadores de la salud de episodios de acoso verbal, discriminación y violencia física a raíz de la COVID-19.

¹ <https://www.agenciasinc.es/Reportajes/Yo-soy-igual-de-humana-que-tu-los-mitos-no-ayudan-a-los-heroes-de-la-sanidad>

² <https://tcni.com/nursing-standard/newsroom/news/covid-19-angelhero-tropes-can-be-psychologically-damaging-160606>

³ <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-por-que-no-llamar-heroes-profesionales-sanitarios-4648>

⁴ <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>

Si bien con anterioridad a la pandemia de COVID-19, los médicos ya presentaban un mayor riesgo de suicidio en todas partes del mundo, un estudio reciente⁵ concluyó que, durante la pandemia, uno de cada cuatro sufría depresión y ansiedad y uno de cada tres padecía insomnio.

Así las cosas. En este contexto sanitario nos preguntamos ¿hasta dónde están los profesionales sanitarios moralmente obligados a hacer el bien? y ¿hasta dónde su incumplimiento podría ser motivo de un reproche moral o legal?

2 EL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

En el marco teórico del principalísimo, se nos presentan cuatro principios que, en condiciones ideales, deberían ser respetados por los profesionales de la salud, Uno de ellos el de beneficencia. Si bien el ámbito de la moralidad nos exige no hacer daño, también nos puede instar a promover el bienestar del otro. El límite entre “no hacer daño” y “promover el bienestar” no siempre es claro pues, en realidad, existe un *continuum* entre ellos.

Antes de abordar el principio de beneficencia, es necesario aclarar algunos términos. En primer lugar, hemos de distinguir *beneficencia* de *benevolencia*. La benevolencia es una virtud y, por tanto, una propiedad del agente (no del acto). Es el rasgo del carácter o la virtud de estar dispuesto a actuar en beneficio de otro. La beneficencia consiste en aportar un beneficio; en sentido amplio, conlleva actos de caridad, bondad, generosidad, misericordia, etc. Es una característica de un acto.

Pero ¿estamos siempre obligados a actuar en beneficio de otros? Aquí habría que establecer otra distinción, esta vez, entre ideales de beneficencia y principio de beneficencia. Los *ideales de beneficencia* implican actos supererogatorios, es decir, actos que suponen tal grado de sacrificio o altruismos o heroísmo por quien los realiza que no pueden ser exigidos moralmente.

En cambio, el *principio de beneficencia* remite a una obligación moral de actuar en beneficio de otros. Beauchamp y Childress consideran que este principio comprende cinco reglas. El qué del principio se entendería como:

1. Proteger y defender los derechos de otros.
2. Prevenir que suceda algún daño a otros.
3. Suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros.
4. Ayudar a las personas discapacitadas.
5. Rescatar a las personas en peligro

La línea demarcatoria entre *beneficencia como obligación* y *beneficencia como ideal* es difícil de establecer. Podríamos pensar la situación a partir de la distinción entre *beneficencia general* y *beneficencia específica*. La primera es la dirigida a todas las personas por lo que, para algunos, constituye una utopía. La segunda, por su parte, está orientada a grupos específicos (parientes, amigos, pacientes, etc.) al basarse en relaciones personales específicas (parentesco, amistad, roles sociales).

La beneficencia específica sería obligatoria mientras que la general no. Beauchamp y Childress sostienen que una persona X tiene una obligación determinada de beneficencia hacia una persona Y, sí y solo sí, se cumplen las siguientes condiciones (admitiendo que X es consciente de todos los hechos relevantes):

1. Y está expuesto a un riesgo para su vida, su salud o para algún otro interés principal.
2. La acción de X es necesaria (aisladamente o con otras acciones) para prevenir ese daño o perjuicio.

⁵ Pappa Sofia y col. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, Volume 88, August 2020, Pages 901-907

3. Dicha acción por parte de X tiene alta probabilidad de prevenir el daño.
4. La acción de X no representa riesgos, costos o cargas significativas para X.
5. El beneficio que Y puede esperar supera cualquier carga, costo o perjuicio en el que incurra X.

La cuarta condición resulta clave, pues en torno a ella giran las grandes discusiones para decidir si hay o no obligación de actuar haciendo el bien.

Pero, ¿cuál es la justificación de la obligación de beneficencia? El Principio de Beneficencia puede fundamentarse al

menos de dos formas: por reciprocidad o por tradición hipocrática. Para David Hume, la obligación de ayudar a otros surge de las relaciones sociales. Recibimos beneficios de la sociedad y, por lo tanto, debemos devolver de alguna manera esos beneficios. La “regla de reciprocidad” es una regla básica desde el punto de vista antropológico, pues es la que permite y mantiene la cohesión social. Desde la perspectiva hipocrática, el médico actúa en beneficio del paciente basándose en la filantropía, el altruismo y el compromiso personal. En este punto es preciso considerar el Juramento Hipocrático.

3 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

271

Los principios de beneficencia y de no-maleficencia están presentes, de alguna manera, en el Juramento Hipocrático (JH). Se trata de uno de los documentos más antiguos de la medicina occidental y constituye el paradigma de la ética médica tradicional. Para Diego Gracia Guillén (autor que seguimos en esta exposición), representa también el modelo de toda ética profesional. El mensaje contenido es que las actividades profesionales son compromisos públicos que se contraen ante Dios por lo que exigen la más alta perfección o excelencia en su práctica. La palabra *profesión* deriva del verbo latino *profiteor*, profesar. Aún en las lenguas romance perdura su sentido religioso, el de confesión pública de la fe o consagración religiosa. Un profesional es una persona profesa, es decir, alguien consagrado a su tarea y que lo confiesa públicamente. En este sentido es como un sacerdote.

Parece ser que la medicina estuvo en sus orígenes muy unida al sacerdocio. Pero aún en culturas más evolucionadas como la grecorromana, en las que la actividad médica era secular, nunca se perdió el carácter sagrado o consagrado de la misma. Esto era así, no porque el médico continuara siendo un sacerdote, sino porque ponía a Dios como testigo y garante de la rectitud de su actividad profesional. El pacto o compromiso de su recto obrar quedaba sellado mediante un juramento nada más ni nada menos que con Dios como testigo.

El médico respondía ante Dios por su obrar. El verbo *responder* deriva de *respondeo* que, a su vez, deriva de *spondeo* y significa cumplir un compromiso solemnemente adquirido, empeñarse, obligarse a, prometer. *Responder* es comprometerse a algo o prometer algo. *Responsabilidad* es la cualidad de quien promete o responde.

El tipo de responsabilidad que venimos describiendo implica un compromiso de por vida y una entrega absoluta. Por tal motivo, no puede fundarse más que en razones morales o religiosas, es decir, extra-jurídicas. Un contrato jurídico entre personas es siempre revisable y cancelable de mutuo acuerdo.

Podría sostenerse, entonces, que hay dos tipos de responsabilidad, una “fuerte o moral” y otra “débil o jurídica”. A su vez, podríamos decir que existen dos tipos de ocupaciones: las “profesiones” y los “oficios”. A las profesiones corresponde la responsabilidad fuerte o moral. A los oficios corresponde la responsabilidad débil o jurídica.

Por lo tanto, históricamente, los oficios han estado sometidos a una responsabilidad jurídica, mientras que las profesiones han gozado de impunidad jurídica (impunidad *de jure*) pues a ellas correspondía una responsabilidad más excelsa, una responsabilidad fuerte o moral contraída frente a Dios. Esta responsabilidad moral eximía de

responsabilidad jurídica y viceversa, de modo que ambos tipos de responsabilidad no sólo no corrían en paralelo sino que eran antagónicas.

Las profesiones con responsabilidad fuerte eran escasas, en general, sólo tres: el sacerdocio, la realeza (y, por derivación, la judicatura) y la medicina. La primera parte del JH remite precisamente a lo que venimos diciendo. Mediante él, el neófito se convierte en profeso, en profesional y su promesa tiene un sentido más religioso que jurídico. El JH confirma que la medicina no es un oficio sino una profesión.

Ahora bien, las profesiones son ocupaciones que no sólo obligan a hacer el bien sino a la perfección. Así, la segunda parte del JH exige al médico mantener su vida y arte de forma “pura” y “santa”. Para comprender el significado de “santo” en este contexto, tenemos que remitirnos a la palabra *therapeía*. Ella significaba culto o cuidado de los dioses. La *therápaina* o esclava se dedica a cuidar a su señor. Del mismo modo, el sacerdote pone su vida al servicio de la divinidad y, al esclavizarse de este modo, hace profesión de santidad. La santidad es, entonces, el servicio a la divinidad.

Del rey, del sacerdote y del médico se espera perfección. Y la perfección sólo se consigue con el ejercicio de la virtud. Ahora bien, tal como decía Aristóteles, no basta con conocer lo bueno, hay que actuar bien. Y no basta actuar esporádicamente bien, realizar de vez en cuando un acto bueno. “Actuar” significa aquí “actitud”. La actitud o hábito surge de la repetición de actos buenos. La perfección moral se adquiere cuando la coherencia entre las ideas y los actos es tan profunda y continuada que el modo de actuar virtuoso se realiza sin esfuerzo y hasta con placer. Aristóteles llama a esto *bios*, modo de vida.

Para ser un buen médico es preciso poseer virtudes intelectuales o *dianoéticas* en alto grado. Pero esto no basta porque la medicina es una actividad y no un mero saber teórico. Se requieren también virtudes morales o *éticas*. A esto llama Aristóteles *bios iatrikós*. El *bios iatrikós* es una especificación del *bios politikós*, del modo de vida propiamente ético. Entonces, el médico perfecto es aquél que posee tanto las virtudes dianoética como las éticas que, en conjunto, conforman el *bios iatrikós*.

Quizás convenga aquí recordar que el término griego *areté* que se traduce como virtud no significa, principalmente, virtud ética; es, más bien, la condición que le permite al individuo hacer algo bien. Uno sabe bien que una cosa es un “cirujano virtuoso” (o “médico bueno”) y otra “un virtuoso cirujano” (o “buen médico”). *Areté* designa al último, se refiere a la virtuosidad técnica. Tal vez, la palabra *areté* debiera traducirse por *excelencia* más que por virtud. El propio Aristóteles habla de la *areté* del caballo al que no puede adjudicársele moralidad. El objetivo último de la ética profesional es buscar la excelencia, la perfección, el *bios iatrikós*.

4 IDEALES MORALES. ACCIONES SUPEREROGATORIAS

Podemos distinguir dos niveles de estándares morales: un nivel de estándares morales *ordinarios* y otro de estándares morales *extraordinarios*. El primero comprende un conjunto de obligaciones expresadas en principios y reglas, así como un conjunto de virtudes (lealtad, confiabilidad, honestidad) que deben ser compartidos por todos (*moral de mínimos*). El segundo nivel corresponde a la llamada *moral de máximos*, es decir, a un nivel de aspiraciones o ideales no compartidos universalmente.

Considerando estos dos niveles podemos distinguir cuatro categorías de acciones morales:

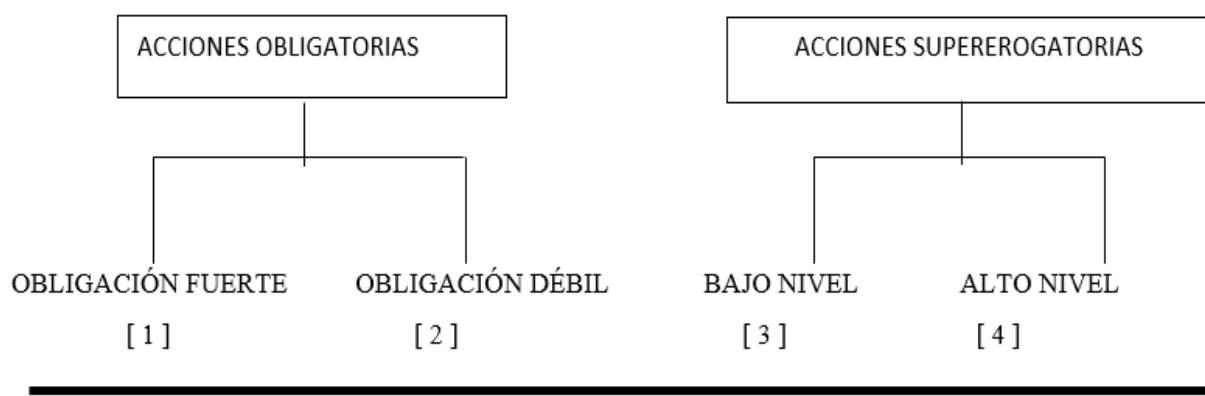
- 1) Acciones correctas y obligatorias (por ejemplo, decir la verdad).
- 2) Acciones incorrectas y prohibidas (por ejemplo, matar).
- 3) Acciones moralmente neutrales y opcionales (ni incorrectas ni obligatorias).
- 4) Acciones opcionales en términos de la moral de mínimos, pero meritorias y loables.

Nos concentraremos en esta última categoría de acciones. Etimológicamente “supererogatorio” significa “más allá de lo debido”, más allá de lo obligatorio o requerido moralmente. Una acción de este tipo posee cuatro características:

1. Es opcional (ni prohibida ni obligatoria).
2. Excede las expectativas de la moral de mínimos.
3. Es llevada a cabo intencionalmente en beneficio de terceros.
4. Es una acción meritoria y loable.

A pesar de la primera condición, las personas que realizan este tipo de acciones no las consideran opcionales. Por el contrario, para ellas el actuar de ese modo es un deber. Además, no siempre una acción supererogatoria implica riesgo o gran esfuerzo o sacrificio. Un profesional de la salud que se queda tiempo extra en el consultorio o la sala de internación sin paga suplementaria está realizando este tipo de acciones, sin que se trate de una acción heroica.

El límite entre los dos niveles de moralidad no es neto. Más bien existen subniveles en cada uno que muestran una continuidad entre estándares ordinarios y supererogatorios. Esto hace que haya acciones que no puedan ser ubicadas claramente en un nivel u otro. Esquemáticamente diríamos que existen los siguientes niveles y subniveles contiguos:



Muchas acciones de beneficencia y cuidado de los pacientes caen en el continuo entre [2] y [3]. Esto se complica cuando las obligaciones profesionales se confunden con la moralidad común o con lo que la gente espera de dichos profesionales. Por ejemplo, respecto de la asistencia de pacientes cuando existe riesgo de contagio. Algunas asociaciones médicas sostienen que los médicos tienen la obligación de asistir a estos pacientes a pesar del riesgo mientras que otras lo consideran opcional.

Tanto el kantismo como el utilitarismo rechazan la distinción entre acciones obligatorias y supererogatorias. Cuando una acción cae bajo el imperativo categórico o bajo el principio de utilidad, se vuelve obligatoria sin más.

5 EXCELENCIA MORAL: SANTOS Y HÉROES

La excelencia moral no se traduce necesariamente en santidad o heroísmo, se trata de un competo más amplio; se puede tener excelencia moral sin llegar a ser un santo o un héroe. Por otro lado, la santidad y el heroísmo pueden ser dos formas diferentes de excelencia moral.

Un santo es una persona íntegra, virtuosa, que lleva a cabo acciones supererogatorias, que se sacrifica por otros, todo esto de manera continua. Un héroe no tiene necesariamente constancia en una vida virtuosa ni tampoco

tiene que tener una vida sacrificada. Lo que caracteriza al héroe es el riesgo que asume o corre en un determinado momento en beneficio de otros (por ejemplo, un médico que experimenta consigo mismo). El santo se distingue por el autocontrol y el sacrificio. El héroe se distingue por el control del miedo y el riesgo corrido.

La excelencia moral es condición necesaria de la santidad, pero no del heroísmo. No estaríamos dispuestos a considerar héroe a una persona llevara a cabo un acto heroico motivado por adquirir fama y reconocimiento.

Además, los actos imprudentes o arriesgado, aunque guiados por el fin de beneficencia, pueden ser objetados al no sopesar obligaciones morales contrapuestas. Supongamos un médico que se expone para salvar a alguien con escasas probabilidades de sobrevivir y que por ello deja desprotegidos a otros que también precisan de su asistencia; su aparente acción heroica podría merecer la crítica moral y hasta legal por haber realizado acciones supererogatorias más allá de sus obligaciones ordinarias.

En este punto es importante recordar a Aristóteles quien, en *Ética a Nicómaco*, nos señala como la valentía es una virtud que representa el término medio entre dos vicios: la cobardía y la temeridad. El cobarde sucumbe al miedo y no actúa. Pero el temerario obra sin deliberación, de manera imprudente. La temeridad tiene, en efecto, la apariencia de la valentía, pero no lo es porque un acto temerario se despliega contra toda prudencia y esperanza de alcanzar su objetivo.

6 NORMATIVA LEGAL PARA PROTEGER PERSONAS VULNERABLES DURANTE LA PANDEMIA

Una de las primeras medidas tomada por las autoridades con el fin de proteger a las personas incluidas en los grupos considerados de riesgo para Covid-19 ha sido la Resolución N° 207 / 2020 Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Básicamente establece que “los trabajadores y las trabajadoras mayores de 60 años de edad, embarazadas o incluidas en los grupos en riesgo según fueran definidos por el Ministerio de Salud de la Nación, y aquellas cuya presencia en el hogar resulte indispensable para el cuidado de niños, niñas o adolescentes, están dispensados del deber de asistencia al lugar de trabajo”⁶.

Sin embargo, el inciso a) del artículo 1° de la citada resolución exceptúa del beneficio al personal de salud en estos términos: “a. Trabajadores y trabajadoras mayores de sesenta (60) años de edad, excepto que sean considerados ‘personal esencial para el adecuado funcionamiento del establecimiento’. *Se considerará ‘personal esencial’ a todos los trabajadores del sector salud*”.⁷ En otras palabras: las personas mayores de 60 años, por el sólo hecho de la edad, estadísticamente tienen mayor riesgo de enfermar y morir que el resto de la población; pero si son trabajadores sanitarios están obligados a asistir a un lugar (hospital, centro de salud, etc.) donde las probabilidades de infectarse son mayores; es decir, están obligados a asumir un doble riesgo: el propio de su edad y el del contexto epidemiológico de su lugar de trabajo.

Nos preguntamos si tal vez no habría que considerar simultáneamente otros elementos, a saber: si hay trabajadores de salud de menor edad que puedan desempeñar la tarea y, en especial, bajo qué condiciones de protección se ejerce esa tarea.

Al respecto, a comienzo de la pandemia, la OMS⁸ señaló que la escasez de equipos de protección personal ponía en peligro al personal sanitario en todo el mundo y exhortó a la industria y a los gobiernos a que aumentaran la producción en un 40% para satisfacer la creciente demanda mundial. Destacó que los trabajadores de la atención sanitaria dependen del equipo de protección personal para protegerse a sí mismos y a sus pacientes y evitar así

⁶ <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/disposiciones/grupos-riesgo>

⁷ <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-207-2020-335541/actualizacion> (lo destacado en bastardilla es nuestro)

⁸ <https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>

infectarse o infectar a otras personas. La escasez de medios de protección (guantes, mascarillas médicas, gafas de seguridad, pantallas faciales, batas, etc.) expone peligrosamente a médicos y otros trabajadores de primera línea para atender a los pacientes de COVID-19. Otro tanto puede decirse respecto de la prioridad, respecto de la población general, que deben tener los sanitarios para la vacunación.

7 ALGUNOS TESTIMONIOS EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Dedicamos un apartado a reseñar el pensamiento de algunos profesionales de la salud:

Dra. Trisha Pasricha (Hospital General de Massachusetts): *“Al igual que muchos médicos, me encuentro en primera línea de una pelea en la que no me di cuenta de que me había enlistado. En medio de una pandemia global, los médicos de todo el mundo están siendo llamados al campo para asumir roles para los que pueden sentirse completamente ineptos, muchas veces sin la protección adecuada. Cuando hablé con mis compañeros de residencia esta semana, todos médicos sanos en sus 30 años, me di cuenta de que era probable que muchos de nosotros estuviéramos infectados con el nuevo coronavirus. Dadas las tasas de mortalidad, es posible que uno de nosotros no sobreviva. Cuando hacemos el Juramento Hipocrático para convertirnos en médicos, nos comprometemos a cuidar a los pacientes y respetar su confidencialidad. Nunca prometemos arriesgar nuestras propias vidas. Pero la historia ha demostrado que los médicos lo hacen de todos modos”*.⁹

Prateek Harne: *“Soy un médico residente que trabaja en el hospital de la Escuela de Medicina SUNY Upstate en Syracuse, Nueva York. Estaba mentalmente preparado para ver estos casos en nuestro hospital, pero lo que he visto en las últimas dos semanas, teniendo en cuenta lo que sabemos sobre este virus hasta ahora, me ha cambiado. . . Desde entonces [se refiere al fallecimiento de pacientes con covid], cada vez que he ingresado a la habitación de un paciente posiblemente contagiado con covid-19 me he sentido asustado, asustado de infectar a otros pacientes, a mis colegas o a mis seres queridos”*.¹⁰

Marcelo Lemus, médico de guardia, 64 años: *“No voy a seguir corriendo riesgos por los inconscientes y los irresponsables que no saben que esto es grave y serio. . . No puedo arriesgarme gratuitamente. Si hubiese consciencia me la banco y sigo adelante, o si tuviese 20 años menos, pero la verdad que tengo miedo. Se están riendo de todo el sistema de salud en la Argentina. . . Esto se está convirtiendo en un lío que va a terminar en un caos si la gente no entiende que, si no nos cuidamos entre todos, fundamentalmente los jóvenes y los adolescentes, va a terminar en algo mucho peor. . . Yo soy uno de tantos, y no voy a seguir corriendo riesgos por los inconscientes y los irresponsables que no saben que esto es grave y serio. . . Estábamos en la guardia del hospital, hubo varios casos el mismo día. Se habían duplicado en las últimas dos semanas y un amigo de la facultad me mandó una foto, como diciendo ‘mirá cómo se cuidan’. Era una foto de un balneario con un grupo de más de 200 jóvenes, todos amontonados, cantando, tomando, apretaditos, todos juntos. Algo lógico en tiempos normales, pero no en este”*.¹¹

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE): *“...hubo por lo menos 3.000 enfermeras que murieron de coronavirus. El CIE alertó también que la pandemia puso a las enfermeras bajo inmensa presión. Las pesadas cargas de trabajo, la insuficiente dotación de recursos, el agotamiento y el estrés está provocando la deserción masiva de enfermeras que quieren dejar su puesto... El director general de la federación, Howard Catton, afirmó que las enfermeras sufrieron un trauma colectivo durante la pandemia, que ha dañado gravemente su salud física y mental. Pasado un año, el personal de enfermería está asomado a un precipicio: el Efecto COVID en la enfermería es real, es*

⁹ <https://cnnespanol.cnn.com/2020/04/02/los-medicos-nunca-prometen-arriesgar-sus-vidas-por-que-lo-siguen-haciendo-de-todos-modos/>

¹⁰ <https://cnnespanol.cnn.com/2020/03/31/opinion-soy-un-soldado-en-esta-batalla-y-tengo-miedo-dice-un-doctor/>

¹¹ https://www.clarin.com/sociedad/medico-guardia-renuncio-falta-cuidados-coronavirus-rien-sistema-salud-_0_rnbjVxGb0.html

una amenaza inminente para la seguridad y la fortaleza de nuestros sistemas sanitarios, y puede que empeore aún más, alertó Catton”.¹²

Colegio de Médicos de Barcelona (Comb): *“La pandemia ha afectado a la salud mental de los sanitarios. Estrés, ansiedad, agotamiento físico y emocional. Todos estos síntomas han crecido entre los profesionales de la salud. Según un estudio del Comb una cuarta parte de los facultativos incluso se han planteado dejar la profesión. La presión asistencial que han asumido y el temor a contagiarse o ser contagiados ha hecho mella hasta en los más jóvenes: una encuesta de la Sociedad Española de Neurología recoge que casi la mitad de sus médicos residentes han sufrido ansiedad o insomnio durante los primeros meses de la pandemia. A la segunda ola de la pandemia, advierten los expertos, los sanitarios llegan más cansados y agotados”*.¹³

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI): *“Sentimos que no podemos más, que nos vamos quedando solos, que nos están dejando solos; encerrados en las Unidades de Terapias Intensivas con nuestros equipos de protección personal y con nuestros pacientes, solo alentándonos entre nosotros”*.¹⁴ Y siguen los testimonios ...

8 ESTADO DE NECESIDAD DISCULPANTE

El Código Penal argentino en su artículo 34 contempla posibilidades de justificación y de exculpación de un delito; entre ellas se considera que cuando, en una situación de necesidad, colisionan bienes de igual valor, no está justificado el sacrificio de uno para salvaguardar el otro. Es la situación en que se encuentra una persona que, para preservar un bien jurídico debe sacrificar otro de igual valor. De esta manera, no se puede exigir una única conducta y el estado de necesidad opera como causa de inculpabilidad. Es el típico caso del sujeto que en medio de un naufragio se aferra a una tabla salvavida impidiendo que otro la tome.

No obstante, en el caso de médico podrá aducirse que se encuentra en posición de garante y que se espera de él una conducta tendiente a salvar la vida del otro. De hecho, los médicos se entrenan para salvar vidas. Pero, ¿es exigible esa conducta cuando no están dadas las condiciones de seguridad para proteger la propia vida?

9 REFLEXIONES FINALES: MÁS DUDAS QUE RESPUESTAS CATEGÓRICAS

El Principialismo de Beauchamp y Childress, a través de su principio de Beneficencia nos proporciona una herramienta (por supuesto, ni exclusiva ni excluyente) para pensar, reflexionar y, con mucha suerte, sortear dificultades y tomar decisiones. Este principio que, *a priori*, se presenta como obligatorio en el buen ejercicio del arte de cuidado y la curación, se arquitecta sobre dos conceptos: el qué del principio y el cuándo. El primero de los conceptos a entender, el *qué* del Principio de Beneficencia, se refiere a los 5 supuestos o reglas de principio. Cuando nuestra acción se subsume en alguno de los supuestos establecidos como ser proteger y defender los derechos de los pacientes rescatar a personas en peligro, etc. tenemos conceptualizado el *qué* del principio de beneficencia.

Resta ahora trabajar el cuándo del principio de beneficencia esto es, en que situaciones es obligatorio no romper el principio y cumplir con lo que ya determinamos como bien con ayuda de sus reglas. Esto se logra enmarcando nuestra acción en el juego lógico de los supuestos “x-y” de los autores del Principialismo. Si no es cumplido alguno de los supuestos del juego lógico, entonces, podría concluirse con la no obligatoriedad de cumplimiento del principio de beneficencia y, por lo tanto, tornar la acción ya concebida como bien en opcional.

¹² <https://www.pagina12.com.ar/328856-al-menos-3-000-enfermeras-murieron-por-coronavirus-y-la-mayo>

¹³ <https://elpais.com/sociedad/2020-10-08/la-pandemia-perjudica-la-salud-mental-de-los-sanitarios.html>

¹⁴ <https://www.telam.com.ar/notas/202012/539804-el-personal-de-salud-entre-los-aplausos-el-agotamiento-y-el-riesgo-extremo-de-contagio.html>

Queda así claro que, ayudar a una persona discapacitada o rescatar a una persona en peligro se concibe como “hacer el bien” y, en principio, debería de practicarse para no incumplir el deber. No obstante, y sin perjuicio de considerar la acción como “beneficiosa”, lo que Beauchamp y Childress nos proponen es una suerte de “contextualización” de aquello que ya subsumimos como “bien”, para hacerlo jugar en un escenario determinado y concreto, como el de las cargas o los riesgos significativos. Allí entonces, esa acción ya determinada como “bien” podría perder su carácter de obligatoriedad y tornar difusa la fuerza de acción con la que fue, en principio, sostenida.

La comunidad espera ciertas acciones por parte de algunos profesionales como bomberos, policía, médicos, etc. Muchas veces, los medios de comunicación son proclives a construir personajes como “el delincuente”, “los pobres”, “la maestra”, “el Estado” y .. “los médicos” ... Así, los profesionales de la salud son presentados por los medios como seres fuera de serie, dignos de beatificación, que dedican su vida al otro, que prometen desconsiderarse a ellos mismos y dejar, incluso sus propios intereses de lado, por amor incondicional al prójimo. Así son percibidos por la audiencia que consume estos medios y así son imaginados por la opinión pública.

Desde esta perspectiva puede decirse que, cuando uno de estos profesionales de la salud decide ingresar en estas actividades, sabe que se trata de profesiones de riesgo. Así, podría sostenerse que el prometer correr un riesgo es opcional en el momento que se toma la decisión de dedicarse o no a la profesión en cuestión. Pero, una vez que se ha elegido, hay una especie de promesa implícita y la acción se volvería obligatoria.

Sin embargo, ¿es cierto que los médicos, enfermeros, camilleros, técnicos, administrativos sanitarios, etc. prometen arriesgar su vida al elegir estas actividades? ¿promete lo mismo el personal que elige trabajar en guardia o terapia intensiva que quien opta por otras especialidades o ámbitos laborales también de la medicina? ¿los médicos son entrenados para arriesgar su vida del mismo modo en que lo hacen las fuerzas de seguridad? Estas y otras preguntas quedan abiertas...

277

REFERENCIAS

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 4. ed. Nueva York: Oxford University Press, 1994 (trad. cast. Principios de ética biomédica. Masson, Barcelona, 1999).

BERGEL, S. D.; MINYERSKY, N. (org): **Bioética y Derecho**. Santa Fé: Editorial Rubinzal Culzoni, 2003.

CODIGO Penal De La Nacion Argentina. Ley 11.179 (T.O. 1984 actualizado).

CORTINA, Adela. *Ética Mínima*. Madrid: Tecnos, 1986.

CORTINA, Adela. *Ética sin Moral*. Madrid: Tecnos, 1990.

ENGELHARDT, H. T. **Los fundamentos de la Bioética**. Barcelona: Edit. Paidós, 1995.

GRACIA Diego. *Ética de la eficiencia*. En: PROFESIÓN medica, investigación y justicia sanitaria. Bogotá: El Búho 1998. p. 177-187.

GRACIA, Diego. *¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos*. Bol Of Sanit Panam 1990.

GRACIA, Diego. *Ética y Vida I: fundamentación y enseñanza de la Bioética*. Santafé de Bogotá: Ed. El Búho, 1998.

- GRACIA, Diego. **Fundamentos de Bioética**. Madrid: Ed. Eudema, 1989.
- GRACIA, Diego. **Procedimientos de decisión en ética clínica**. Madrid: Eudema, 1991.
- HIPÓCRATES. “Juramento”: tratados hipocráticos, n. 87.
- KANT, Immanuel. **Lecciones de ética**. Editorial Crítica, 1988.
- KATZ y col. Usos y gratificaciones de la comunicación de masas. *En*: MORAGAS Spa. Sociología de la Comunicación de Masas. Tomo II. Gustavo Gili. Barcelona, 1985.
- KOHN LONCARICA, Alfredo. Pluralismo y pseudopluralismo en Bioética y otras reflexiones en torno a las Humanidades Médicas y la Educación en Ciencias de la Salud. *En*: KOHN LONCARICA, Alfredo; OUTOMURO, Delia. **Actas de la Primera Jornada de Bioética**. Buenos Aires: Ed. Facultad de Medicina, 2003, p. 121.
- LOLAS STEPKE, Fernando. **Bioética: El diálogo moral en las ciencias de la vida**. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2001.
- LOLAS STEPKE, Fernando. **Temas de Bioética**. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 2002.
- MAINETTI, José Alberto. **Manual de la Cátedra de Filosofía Médica**. Buenos Aires, 2007.
- MAINETTI, José Alberto. **Estudios Bioéticos**. Editorial Quirón, 1993.
- MALIANDI, Ricardo. **Ética: concepto y problemas**. Buenos Aires: Biblos, 1991.
- OPS. **Acta Bioethica**, Año VIII, n. 2: Derecho y Bioética, Santiago 2002.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Bioética: Temas y perspectivas**. 1990.
- OUTOMURO, Delia ¿Qué es esa cosa llamada “Bioética”? **Rev. Medicina Interna (Sociedad de Medicina Interna de Bs. As. - AMA)**, v. 1, n. 2, p. 40-50, nov./dic. 1999.
- OUTOMURO, Delia. **Manual de Fundamentos de Bioética**. Buenos Aires: Editorial Magíster, 2004.
- POTTER, V. R. **Bioethics: Bridge to the future**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.
- POTTER, V. R. **Global Bioethics**. 1988.
- RIGHI, E.; FERNÁNDEZ, A. A. **Derecho Penal**. Buenos Aires: Ed Hammurabi, 2008.
- SINGER, Peter. **Compendio de ética**. Madrid: Ed. Alianza, 1995.
- THE HASTINGS CENTER. The goals of Medicine: setting new priorities. *Hastings Cent Rep* 1996, S1- S27. (Traducido en: Hastings Center. Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Cuadernos de la Fundación Victor Grífols, n. 11, Barcelona, 2004.)

Recibido em: 02/02/2021

Aceito em: 28/04/2021