



El imperativo asistencial y el riesgo de contagio por COVID-19: una aproximación a la deontología médica desde la realidad asistencial

Duty of Care and the Risk of Infection by COVID-19: Approaching Deontological Ethics in Medicine from the Clinical Reality




Autores

Miguel Ángel García Pérez

Confederación Estatal de Sindicatos
Médicos CESM
E-mail: mangel@amyts.es

Antonio Piñas

Universidad CEU San Pablo
E-mail: anpime@ceu.es
 <https://orcid.org/0000-0002-3641-2651>

Álvaro Cerame del Campo

Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud
Mental San José
E-mail: alvaro.cerame@salud.madrid.org



Resumen

La crisis provocada por la infección COVID-19 ha supuesto una exposición indeseada de los profesionales sanitarios a la infección. La Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial publicó un informe en el que concluía que el profesional estaba obligado a atender a los pacientes aún en esa situación, lo que provocó un rechazo generalizado en la profesión que hizo que fuera retirado por la propia organización. Creemos que es posible encontrar cauces intermedios de acción que permitan un mejor equilibrio entre los bienes a proteger (la salud y la vida de los pacientes y de los profesionales).



Abstract

The crisis caused by the COVID-19 infection has led to an undesirable level of exposure to infection among healthcare professionals. The Ethics Committee of the Spanish Medical Organization issued a report that concluded that doctors had the duty to attend patients even when at risk of exposure. This publication was received with significant dissatisfaction among medical professionals and was immediately withdrawn by the committee board. We believe that it is possible to find intermediate courses of action that provide a better balance between the assets to be protected (the wellbeing and lives of both patients and professionals).



Key words

COVID-19; imperativo asistencial; deontología médica; deliberación; cauces intermedios de acción.

COVID-19; duty of care; medical ethics; deliberation; intermediate courses of action.



Fechas

Recibido: 22/07/2021. Aceptado: 13/09/2021



1. La infección COVID-19 y la escasa protección de los profesionales

Durante los meses de marzo y abril de 2020 tuvo lugar en España la fase más intensa de transmisión de la infección por coronavirus (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2020, p. 5), produciendo una situación crítica en la sociedad española. Por un lado, por la inmensa carga asistencial que ha tenido que asumir el sistema sanitario, con la consiguiente limitación de recursos que ha hecho necesaria la priorización de pacientes en algunas actuaciones (Asuar, 2020; Sánchez, 2020); y por otro, por las medidas de confinamiento poblacional que el Gobierno español tomó mediante la declaración del estado de alarma para contribuir al control del número de casos (Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, 2020).

Junto a la limitación de recursos asistenciales, que pudo llegar a ser dramática en algunos casos (como el de las camas de UCI con soporte ventilatorio), otro de los problemas más acuciantes del sistema sanitario fue la dificultad para contar con los equipos

de protección adecuados para los profesionales, que se vieron expuestos durante su actuación al riesgo de contagio de manera desproporcionada (Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid [AMYTS], 2020). Podemos conjeturar si la razón estuvo principalmente en la responsabilidad de las diferentes administraciones (que parece no fueron suficientemente previas) o en la elevada demanda producida a nivel internacional o en ambas, pero en cualquier caso ha sido una realidad que nos ha acompañado (y probablemente nos acompañará, de una manera u otra) a lo largo de esta crisis. Los propios profesionales se han visto impelidos a la creatividad para autoproporcionarse medidas de protección individual (Valle, 2020), e incluso han contado con el apoyo y la solidaridad de muchos ciudadanos, para tratar de asegurarse durante la atención a los pacientes infectados. Y mientras tanto, las autoridades han tratado de negar o de restar importancia a esta realidad (Vidal, 2020), anunciando medidas en marcha destinadas a un mejor suministro de material, cuya llegada se ha demorado en muchas ocasiones y no ha conseguido eliminar por completo los problemas de suministro.

Con todo ello, la tasa de contagio de los profesionales sanitarios ha sido la más elevada de los países de nuestro entorno (Crespo, Calleja y Zapatero, 2020). Una de las explicaciones más plausibles a este fenómeno estaría en la mencionada situación de desprotección a la que se han visto abocados los profesionales, que además han mostrado un esfuerzo denodado por estar ahí, por cuidar y sanar. En este sentido, resulta significativo el hecho de que algunas de las observaciones planteadas desde un punto de vista de la ética y la deontología han estado eminentemente enfocadas al análisis de la posibilidad de negarse a atender a los pacientes; concretamente desde el encuadre de un sistema legislativo, ético y profesional que difícilmente contempla esta posibilidad (Asesoría Jurídica de AMYTS, 2020).

La tasa de contagio de los profesionales sanitarios ha sido la más elevada de los países de nuestro entorno



2. El informe de la Comisión Central de Deontología y su recepción

Con todo, la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial hizo público, a principios de abril, su informe titulado *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* (Comisión Central de Deontología del Consejo

La ética vivida de los profesionales había dejado claro que el contenido del documento no reflejaba ni la realidad clínica del momento, ni el sentir de la profesión

General de Colegios Oficiales de Médicos, 2020). En él, a pesar de reconocer el riesgo que supone para los profesionales la carencia de equipos de protección, la obligación que la institución/administración sanitaria tiene de dotarles de los mismos y la necesidad de una valoración prudente de la situación en cada caso, la comisión concluía que el médico está obligado a atender al paciente aún con esas carencias, y tan solo podría valorarse lo contrario en situaciones de grave riesgo del profesional en base a su propio perfil frente al coronavirus. El informe tuvo una importante contestación entre los profesionales, entre los que produjo una percepción de culpabilización y de juicio, provocando

que la propia OMC lo retirara al día siguiente (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [CGCOM], 2020). La ética vivida de los profesionales había dejado claro que el contenido del documento no reflejaba ni la realidad clínica del momento, ni el sentir de la profesión.

Merece la pena analizar la situación para poder problematizar y profundizar en aspectos relevantes de la ética y de la deontología médica. Por un lado, el rechazo con que la profesión recibió el informe, y su posterior retirada, nos hablan de la importancia de la ética vivida (Sevilla, 2017). No podemos pretender dar validez inmediata a una reflexión ética que no dé cabida a lo que el colectivo que se supone que la realiza y legitima percibe al respecto. Más cuando, como en este caso, se trata de un colectivo profesional que, siendo consciente del riesgo que suponía atender a pacientes infectados por coronavirus sin el equipamiento adecuado, se ha comprometido desde el primer momento con la asistencia a los afectados, sin pretender retirarse de la crisis, demostrando así su compromiso moral. Ese colectivo ha sentido que, de alguna manera, su propio interés quedaba relegado a un segundo plano; entender que la Comisión Central de Deontología de la entidad colegial ponía en entredicho su situación, y dejaba de lado sus propios bienes e intereses (su salud, su propia vida, la de su familia...) en esa decisión, puede estar a la base del rechazo producido. De ahí la petición de disculpas que el propio Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España ha realizado al publicar su decisión de no apoyar el documento (CGCOM, 2020).

Pero también queda clara la complejidad de la realidad, así como la necesidad de acogerla en cualquier reflexión ética que quiera dar una respuesta adecuada a la misma. A pesar de que el documento de la Comisión Deontológica (Comisión Central Deontología del CGCOM, 2020) hace referencia a la necesidad de una valoración prudente por parte de los profesionales, concluye de forma dilemática, es decir, valorando tan solo dos respuestas extremas: o sí (el médico está obligado, a pesar de la carencia de equipos de protección individual, a proporcionar la atención que requiera el paciente),



o no (el médico puede abandonar al paciente si siente que se está poniendo en riesgo su vida). Y opta por el sí por aplicación del imperativo asistencial (artículo 6 del Código de Deontología), aun reconociendo una excepción para una situación excepcional: la de un perfil individual del profesional que le sitúe en grave riesgo en caso de sufrir la infección.

Otro de los factores que puede explicar la mencionada disconformidad vendría dado por el escenario de crisis al que se vio expuesto nuestro sistema sanitario, en el que el habitual deber de cuidado y su estructura moral se ven sustituidos por el deber de procurar la equidad en la distribución de riesgos y beneficios en la sociedad, dimensión moral propia de la ética de la salud pública (Berlinger et al., 2020). Este último marco

es quizá una óptica con la que los clínicos con labor asistencial están menos familiarizados.

El documento se muestra insuficiente por un encuadre dilemático y porque obvia la intersección de los dos deberes: de cuidado y de equidad

Precisamente todos los elementos propuestos en este marco para poder ayudar a los profesionales —planificación, cuidado de los profesionales y orientación— son los que han fallado en la gestión de esta crisis. En este sentido, el texto de la Comisión Deontológica habría podido adolecer de un problema de encuadre, en la medida que plantea un abordaje basado exclusivamente en la ética clínica en un contexto donde esta se muestra insu-

ficiente para poder dar respuestas a los problemas surgidos en una realidad que hacía imposible la adecuada atención a cada uno de los pacientes. Desde la ética vivida, el documento no solo se muestra insuficiente por proponer un encuadre dilemático, sino también porque este encuadre obvia los problemas que tienen que ver con la intersección entre estos dos deberes (de cuidado y de equidad) y los correspondientes marcos en los que dar sentido a los conflictos entre los mismos.

3. La posibilidad de un planteamiento no dilemático

¿Era esa la única manera de resolver la cuestión, eligiendo entre dos opciones enfrentadas? Ya desde la ética aristotélica se plantea la necesidad de considerar el término medio entre los extremos en la toma de decisiones prudentes (Aristóteles, trad. 2001). Y en las últimas décadas se ha recuperado ese planteamiento *intermedio* con la búsqueda de un equilibrio reflexivo entre bienes o principios (Beauchamp y Childress, 2002) y con la deliberación como método de reflexión en la ética clínica (Gracia, 2001). De hecho, el análisis de conflictos éticos que puede desarrollarse en torno a la pandemia COVID muestra abiertamente que la toma de decisiones que se fue produciendo refleja conflictos entre al menos tres de los cuatro principios clásicos de la bioética: beneficencia, justicia y autonomía. Es muy claro el que se produce entre beneficencia y justicia ante la limitación de recursos sanitarios frente a la enorme demanda asistencial que supuso la primera oleada de COVID, y también el que deriva de esa situación en la relación entre justicia y autonomía (pues las decisiones de triaje, en un entorno de crisis sanitaria, pueden no tener en cuenta adecuadamente la dimensión de la auto-



mía de decisión del paciente). Y ambos precisarían de un análisis más amplio, que en parte ha sido abordado por el 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 (Comité de Bioética de España, 2020). Nuestro análisis, sin embargo, se va a centrar en el conflicto de uno de esos principios, el de beneficencia (interpretado en el Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España a través del imperativo asistencial), con la dignidad, derechos e intereses de los profesionales, entre ellos su derecho a la vida, que puede ser necesario defender en el marco de la asistencia sanitaria.

Se pueden abrir cauces de actuación que busquen mantener el mayor contenido posible de cada uno de esos bienes, minimizando el daño a los valores

La consideración de bienes¹ que entran en colisión (el mejor interés del paciente, buscando su curación, y el interés del médico tratando de mantener su vida, su salud y sus relaciones, o el interés concurrente de otros pacientes que requieren del mismo recurso, o incluso el interés del profesional en no verse afectado por la patología a la que se expone) no tiene por qué tener como única salida el mero arrollamiento de un valor por el contrario, sino que se pueden abrir innumerables cauces de actuación que busquen mantener al máximo el mayor contenido posible de cada uno de esos bienes en conflicto, minimizando el daño

a los valores en conflicto. Recientemente, la necesidad de equilibrio entre valores en conflicto ha sido considerada por el ya citado informe del Comité de Bioética de España (2020) en su epígrafe número 3, en este caso “buscando el justo equilibrio entre el interés colectivo y la dignidad del ser humano”.

El propio documento de la Comisión Central de Deontología (2020) tiene, de hecho, contenidos que muestran la necesidad de este tipo de equilibrios:

- En el apartado “Protección y proporcionalidad” (CGCOM, 2020, p. 3) se plantea que “se debe considerar la proporcionalidad entre necesidad de protección y circunstancias de la atención prestada”, y se remite, como ejemplo de lo anterior, al documento de la Organización Mundial de la Salud *Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19)* (Organización Mundial de la Salud, 2020), en el que se desarrollan una serie de recomendaciones para racionalizar la utilización de equipos de protección individual en un contexto de carencia de los mismos como el que se está produciendo en la infección COVID-19.
- Más adelante, en la misma página, el apartado de conclusiones comienza con la siguiente aseveración: “El médico, a la vez que debe tomar decisiones que atañen a la vida e integridad de los pacientes, también está poniendo en riesgo su salud y su propia vida. Por ello, su actuación exige más que nunca responsabilidad, manejo prudente de la incertidumbre, precaución y protección”. Quedan aquí perfectamente planteados los dos bienes a proteger, la vida e integridad del paciente, y la propia

1 En lo sucesivo utilizaremos el término valor (y valores) al tratarse de un concepto cuyo uso se ha hecho más frecuente en las éticas contemporáneas y, sobre todo, en los discursos bioéticos.



salud del profesional. De ahí que se introduzcan conceptos como la responsabilidad y la prudencia.

Pero aún más llamativa es la que podríamos denominar conclusión principal (misma página del documento), que en su segunda parte vuelve a introducir la realidad de la complejidad una vez definida ya la posición de la comisión: “El médico debe lealtad al enfermo y tiene que asistirle, nunca puede abandonarle, aunque ello le suponga un riesgo personal que debe ser minimizado. Al mismo tiempo, tiene que protegerse y proteger de la extensión de la enfermedad a los demás con todo lo que tenga disponible”.

El informe carga al profesional con la obligación de atender al paciente y con la responsabilidad de protegerse y tratar de evitar la extensión de la enfermedad

El problema es que, de esta manera, el informe carga al profesional no solo con la obligación de atender al paciente, aún a costa de riesgos personales, sino además con la responsabilidad de protegerse y tratar de evitar la extensión de la enfermedad. No solo no se busca una vía intermedia (“El médico debe lealtad al enfermo y tiene que asistirle”), sino que se echa a hombros del médico la responsabilidad (supererogatoria) de proteger por sí mismo ambos bienes en conflicto.

El profesional queda de esta manera en una potencial situación de soledad y desprotección abusiva. Y tan solo podría esquivar esa elevada responsabilidad si su nivel de riesgo ante la enfermedad fuera muy elevado, suponiendo que existiera un umbral concreto en el que eso pueda afirmarse de manera categórica (de nuevo la mentalidad dilemática).

4. Yendo a la raíz: el deber de asistencia en el Código Deontológico

Podemos rastrear, incluso, los artículos del Código de Deontología Médica (CGCOM, 2011) en los que la Comisión fundamenta su reflexión final, para ver si en ellos se puede apreciar también la existencia de bienes en conflicto dentro de la atención sanitaria. Los dos que mejor lo hacen, que pasamos a analizar detenidamente, son los siguientes:

Artículo 5.3. “La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste 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”.

Entendemos este artículo en el ámbito limitado al ejercicio profesional del médico, ya que fuera de él el profesional tiene, lógicamente, otras lealtades básicas. En dicho ámbito aparecen “conveniencias” y “temores” como reflejo de posibles bienes contrapuestos a la lealtad debida al paciente, y en él el profesional sanitario ha de asumir, como sujeto libre y moral, responsabilidad sobre sus actos en la gestión de hechos clínicos y valores.



Si, dada la acepción en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua (Real Academia Española, 23.^a ed.), entendemos conveniencia como “utilidad, provecho, bienes”, o en el contexto de algún “convenio”, queda claro que en el compromiso profesional del médico lo primero ha de ser el beneficio leal del paciente, quien aparece como la persona más vulnerable en la relación entre ambos. Pero más allá de las utilidades que se puedan dar en esa relación, el médico es portador también de bienes que le son propios

Entre este extremo y la no actuación, existiría toda una gama de posibilidades en función de los riesgos existentes

y constitutivos, a los que ya hemos hecho referencia, y que no debieran incluirse dentro del término “conveniencia”. Incluso habrá algunas conveniencias (utilidades) directamente al servicio de esos bienes propios y constitutivos de la persona del médico, o incluso de terceros, y no parece claro que se pueda exigir a nadie actuar por encima de cualquier conveniencia, sobre todo cuando estén al servicio de bienes personales constitutivos, dado que no podemos obligar, por ley, a nadie a actuar como un héroe (es lo que se conoce como actos supererogatorios, el hecho de pagar más de lo debido) o a someter los intereses legítimos de

terceros o de la colectividad a los de un solo individuo. Como dice el propio informe de la Comisión Deontológica, “El médico no es ni debe ser ni héroe ni mártir, lo que debe ser es un buen profesional”.

Asimismo, el planteamiento del articulado centrado en los “temores” deja poco margen a una adecuada toma de decisiones que contemple una valoración del riesgo proporcionada. Nos podemos encontrar en situaciones en las que el riesgo de actuación pueda ser tan elevado que el acto médico no tenga cabida hasta que se asegure el entorno de actuación: ejemplo paradigmático de esto sería la atención en catástrofes o accidentes, donde prima la seguridad del asistente por encima de la necesidad de socorrer al otro. Entre este extremo y la no actuación, existiría toda una gama de posibilidades en función de los riesgos existentes, que deberían ser valorados y minimizados en la medida de lo posible, y no calificarlos únicamente como temores subjetivos del profesional, ya que en muchas ocasiones dichos temores pueden estar plenamente justificados.

Artículo 6.2. “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”.

De nuevo aparece claramente la huella de dos bienes en conflicto: la necesidad de atención del paciente y la protección de la vida del profesional. Y el artículo deontológico parece optar por una solución dilemática, aunque admitiendo una excepción que podríamos calificar de extrema: que exista un riesgo vital inminente o inevitable para su persona, o que se lo ordene la autoridad competente (se supone que anteponiendo un bien mayor). ¿Y si el riesgo es vital, pero no inminente ni inevitable? ¿O si no es vital, pero sí importante en cuanto a la dimensión funcional o de calidad de vida? En esos casos, ¿no hay matices?



La cuestión de la inevitabilidad quedaría resuelta si se facilita al médico el EPI necesario para reducir sus riesgos al máximo, y así es habitualmente como se gestiona el conflicto entre la atención al paciente y la seguridad del profesional. Si la sociedad quiere mantener el elevado nivel de exigencia que se plantea en la redacción del Código Deontológico, debería quedar obligada con el profesional a asegurarle esa protección suficiente si de verdad quiere garantizarse el derecho de cualquier paciente, incluso en situación de epidemia, a la atención sanitaria; de lo contrario, como ha ocurrido en múltiples ocasiones en esta crisis del coronavirus, el riesgo sí pasa a ser inevitable, puede ser vital y se puede manifestar en escasos quince días del posible contagio. En estas condiciones, ¿persiste la obligación asistencial por parte del profesional?

La cuestión de la inevitabilidad quedaría resuelta si se facilita al médico el EPI necesario para reducir sus riesgos al máximo

¿Y qué decir del deber de no abandono? ¿Se abandona al paciente cuando, en situación terminal, por ejemplo, se deja de aplicar un tratamiento pretendidamente curativo para el cáncer que no está surtiendo efecto, y se le acompaña mediante tratamiento paliativo? ¿Se abandona a un paciente con una enfermedad crónica que se niega a adoptar algunos hábitos de vida cuando se adapta el tratamiento a esa negativa? ¿Podríamos entonces hablar de abandono cuando se adapta la atención a un paciente en una catástrofe o en una epidemia a la distribución de riesgos que pueden afectar a todos los implicados?

parece que no, pues entendemos que se pueden realizar adaptaciones en muchos momentos de la práctica médica en función de las circunstancias. Y la situación de que estamos hablando, la exposición elevada de un profesional a la infección COVID por falta de equipos de protección, podría ser una de esas circunstancias. Con un EPI adecuado se puede asumir como un riesgo normal en la práctica profesional la atención de cualquier paciente; con EPI inadecuados, o con carencia de los mismos, habría que establecer un equilibrio entre la atención a prestar y el riesgo del profesional, e introducir una serie de prácticas de racionalización para el uso de los mejores EPI allí donde fueran más necesarios, como consta que se realiza en muchas ocasiones. Siempre, por supuesto, que no se olvide la responsabilidad primordial que la institución sanitaria tiene en ofrecer el máximo de protección a sus profesionales.

Parece que no, pues entendemos que se pueden realizar adaptaciones en muchos momentos de la práctica médica en función de las circunstancias. Y la situación de que estamos hablando, la exposición elevada de un profesional a la infección COVID por falta de equipos de protección, podría ser una de esas circunstancias. Con un EPI adecuado se puede asumir como un riesgo normal en la práctica profesional la atención de cualquier paciente; con EPI inadecuados, o con carencia de los mismos, habría que establecer un equilibrio entre la atención a prestar y el riesgo del profesional, e introducir una serie de prácticas de racionalización para el uso de los mejores EPI allí donde fueran más necesarios, como consta que se realiza en muchas ocasiones. Siempre, por supuesto, que no se olvide la responsabilidad primordial que la institución sanitaria tiene en ofrecer el máximo de protección a sus profesionales.

5. La posibilidad de cauces intermedios de actuación en la situación planteada

El número de sanitarios contagiados en la actual pandemia parece ser indicativo de que este principio de protección no se ha cumplido, o se ha hecho de forma muy deficiente. Incluso se ha suministrado material defectuoso que ha colocado en serio riesgo a profesionales y pacientes, como ha sido denunciado por las organizaciones profesionales de los médicos, tanto colegiales como sindicales (Ruiz-Tagle, 2020; CESM, 2020a; CESM, 2020b).

Parece que en este caso las vías intermedias merecen ser exploradas desde un sano ejercicio de deliberación. En una época como la actual no se puede asumir sin más el perjuicio de un bien individual a costa del máximo bien de otros individuos. Ningún individuo lo aceptaría. Pero incluso si damos el salto desde la perspectiva individual a



la comunitaria, solidaria y relacional, la responsabilidad de la relación entre médico y paciente recae sobre todos sus actores (médico, paciente y sociedad), que se deben repartir beneficios y riesgos de forma equilibrada. Porque cada persona tiene su propia dignidad y sus propios derechos, que hemos de gestionar adecuadamente entre todos (Royal College of Nursing, 2020).

Los protocolos de actuación del Ministerio de Sanidad frente a la COVID han valorado la realidad del riesgo profesional desde el principio de la crisis. Entre otras cosas, por ejemplo, han recomendado que se evite, en la medida de lo posible, la administración de tratamientos en aerosolterapia a los pacientes diagnosticados o con sospecha de COVID-19 por el alto riesgo que esto supone de aerosolizar partículas virales e incrementar el riesgo de contagio de los profesionales intervinientes e incluso de otros pacientes, como, por ejemplo, recoge el documento de tratamiento en servicios de urgencias (Ministerio de Sanidad, 2020a).

Parece que en este caso las vías intermedias merecen ser exploradas desde un sano ejercicio de deliberación

De la misma manera, se podría valorar el nivel de exposición de los distintos procedimientos de valoración y tratamiento en función de su utilidad real para el paciente, y equilibrar ambos términos adaptándolos a los diferentes niveles de protección de que dispongan los profesionales. La reducción del triaje en pacientes sospechosos a la determinación de la saturación de oxígeno en sangre periférica por medio de un pulsioxímetro (un ejemplo de la posibilidad denominada “constante vital 0” en el documento técnico citado sobre el Manejo en Urgencias del COVID-19) (Ministerio de Sanidad, 2020a, p. 4), dejando la determinación de otras constantes para la posterior valoración clínica, es un ejemplo de este tipo de medidas.

Incluso podrían considerarse iniciativas de lo que podríamos denominar “gestión del riesgo”, que limitaran las tareas de mayor exposición a la infección para aquellos profesionales que pudieran tener a su disposición mayores niveles de protección (o que pudieran incrementar la eficiencia de su utilización, dada su escasez, como la toma de muestra diagnóstica por el mismo profesional médico que ha realizado la valoración clínica del paciente), distribuyendo el resto de tareas entre los demás componentes de los equipos sanitarios, o que derivaran hacia la utilización de medios telemáticos/ telefónicos aquellos casos que lo permitieran, limitando la exposición presencial a solo los casos que lo hicieran imprescindible (otra de las iniciativas que, por cierto, ha tenido un lugar fundamental en la crisis COVID) (Ministerio de Sanidad, 2020b). Se trataría de buscar el curso “óptimo” de acción que mejor configurara el equilibrio de riesgos entre el profesional, el paciente y el resto de la ciudadanía ateniéndonos a las circunstancias específicas de cada situación.

6. Una mirada a otros marcos deontológicos

En la línea citada de equilibrio de riesgos, por ejemplo, se sitúa en contexto británico el General Medical Council (2020), que en su guía ética *Preguntas y respuestas sobre COVID-19*, recoge lo siguiente:



No esperamos que los médicos dejen a los pacientes sin tratamiento, pero tampoco esperamos de ellos que presten asistencia sin atender a los riesgos para ellos o para otros. Esta pandemia es un reto sin precedentes en el que los sanitarios están equilibrando comprensiblemente el imperativo asistencial con sus propios temores.

Entendemos que esto puede llevar a los médicos a tener que tomar decisiones muy difíciles utilizando su juicio profesional.

Los médicos habrán de tener en cuenta:

Los profesionales deberían trabajar con otros colegas para encontrar el mejor cauce de acción según las circunstancias

- Si el tratamiento se puede retrasar, o puede ser suministrado por otro equipo.
- Qué curso de acción es probable que origine el menor daño atendiendo a las circunstancias.
- Si se pueden tomar cursos alternativos o adicionales de acción para minimizar el riesgo de contagio.
- Si hay médicos u otros profesionales sanitarios que presenten un riesgo mayor ante la infección que otros colegas.

Los profesionales deberían trabajar con otros colegas para encontrar el mejor cauce de acción según las circunstancias. Nuestra expectativa es que los médicos actúen de la mejor manera en las circunstancias a las que tengan que hacer frente, considerando el bienestar del paciente y el riesgo para su propia salud o la de otros a la hora de tomar esas difíciles decisiones².

Todo ello a partir de la siguiente redacción del imperativo asistencial en el código ético médico de referencia de aquel país, *General Medical Practice* (General Medical Council, 2013):

58. Vd. no debe denegar el tratamiento a los pacientes porque su condición clínica le pueda poner en riesgo. Si un paciente pone en riesgo su salud o seguridad, Vd. debería dar todos los pasos necesarios para minimizar el riesgo antes de proporcionar tratamiento, o adoptar comportamientos alternativos adecuados para proveer el tratamiento³.

2 Traducción realizada por uno de los autores. La versión original en inglés es como sigue:

We do not expect doctors to leave patients without treatment, but we also don't expect them to provide care without regard to the risks to themselves or others. This pandemic is an unprecedented challenge in which clinicians are understandably balancing the imperative to provide care with their own fears.

We understand that this may lead to doctors having to make very difficult decisions where they have to use their professional judgement.

Doctors will need to consider:

- whether treatment can be delayed, or provided by another team
- what course of action is likely to result in the least harm in the circumstances
- whether alternative actions or additional steps can be taken to minimise the risk of transmission
- whether any doctors or other healthcare professionals are at a higher risk from infection than other colleagues.
- You should try to work with colleagues to find the best way forward in the circumstances. Our expectation is that doctors will do their best in the circumstances they face, considering the welfare of the patient and the risk to their own or others' health to make these difficult decisions.

3 Traducción realizada por uno de los autores (MAGP). La versión original en inglés es como sigue:

You must not deny treatment to patients because their medical condition may put you at risk. If a patient poses a risk to your health or safety, you should take all available steps to minimise the risk before providing treatment or making other suitable alternative arrangements for providing treatment.



Bajo el punto de vista de la BMA, existen límites al nivel de riesgo al que se puede esperar que se expongan los médicos como parte de sus deberes profesionales

Desde luego, queda abierta la posibilidad de cauces intermedios de acción que permiten adaptar la actuación sanitaria a la realidad del paciente y al riesgo de contagio al que se exponen los profesionales.

De ahí que, la Asociación Médica Británica (British Medical Association [BMA], 2020, p. 8), refiriéndose al contrato social implícito de la profesión para con el conjunto de la sociedad, exprese la necesidad de limitar la responsabilidad del profesional cuando no se encuentra el debido apoyo y protección por parte del empleador:

No se puede esperar de los profesionales sanitarios, ni de otros trabajadores esenciales para el funcionamiento de los servicios sanitarios, que se expongan a niveles irracionales de riesgo cuando los empleadores no hayan proporcionado, o no hayan sido capaces de hacerlo, equipos de protección individual.

Cuando los profesionales sanitarios tienen la creencia razonable de que su equipo de protección es insuficiente —que no cumple los estándares profesionales esperables—, necesitan comunicar esto con urgencia a sus superiores...

Bajo el punto de vista de la BMA, existen límites al nivel de riesgo al que se puede esperar que se expongan los médicos como parte de sus deberes profesionales. Los médicos no deberían estar sometidos a la obligación vinculante de proporcionar servicios de alto riesgo cuando los empleadores no han cumplido con las mínimas obligaciones de proporcionar una protección y seguridad adecuadas y de proteger a los médicos y otros profesionales sanitarios frente a riesgos evitables de daño grave⁴.

En el ámbito francófono encontramos consideraciones similares a las ya expuestas para el británico. En concreto, el Código de Deontología Médica de la Orden Médica de Bélgica en su artículo 39 indica que “El médico prestará la atención necesaria a una persona en peligro, respetando las medidas de seguridad necesarias para él y para los demás”⁵ (Ordre des Medecins, 2019a).

4 Traducción realizada por uno de los autores (MAGP). La versión original en inglés es como sigue:
Health staff, and other staff essential to the running of health services, cannot be expected to expose themselves to unreasonable levels of risk where employers have not provided, or have been unable to provide, appropriate protective equipment.
Where health professionals have a reasonable belief that their protective equipment is insufficient – that it falls short of expected professional standards – they need to raise this as a matter of urgency with their managers...
In the BMA’s view, there are limits to the level of risks doctors can reasonably be expected to expose themselves to as part of their professional duties. Doctors would not be under a binding obligation to provide high-risk services where employers have failed to fulfil at least minimal obligations to provide appropriate safety and protection and to protect doctors and other health professionals from avoidable risks of serious harm.

5 Traducción realizada por uno de los autores (MAGP). La versión original en francés es como sigue:
“Le médecin donne les soins requis à une personne en danger, en respectant les mesures de sécurité nécessaires pour lui-même et pour les autres”.



Y en su reflexión sobre el contenido de este artículo, la Orden (Ordre des Medecins, 2019b) expresa literalmente que:

El dilema que enfrenta el médico, entre su deber de humanidad de brindar atención y la protección de su integridad, no debe reducirse a la definición del valor que prevalece. Requiere un enfoque dirigido a cumplir estos dos imperativos.

La obligación de tratar va de la mano con la máxima preservación de la seguridad y el futuro del médico, así como los de sus familiares...⁶.

De ahí que la misma Orden emitiera el pasado 18 de marzo de 2020 el documento *COVID-19 – Recommandations concernant l’obligation de dispenser des soins*, en el que indicaba que “Una distribución justa de riesgos, transparente, profesional y elaborada con todas las partes interesadas son medidas justificadas por el respeto, la equidad y la solidaridad con respecto a los profesionales de la salud que están en riesgo de su integridad en el ejercicio de su profesión”⁷, y planteaba, entre otras alternativas, la posibilidad de recurrir a las herramientas que ofrece la telemedicina (Ordre des Medecins, 2020). La Orden de los Médicos belga, con estas consideraciones, está mostrando una clara apertura a la existencia de cauces intermedios que busquen un equilibrio de intereses entre profesionales y pacientes cuando la atención de estos últimos suponga un riesgo importante para su salud.

La obligación de tratar va de la mano con la máxima preservación de la seguridad y el futuro del médico, así como los de sus familiares

Y del otro lado del Atlántico, la posición común de cuatro colegios de profesiones sanitarias de Quebec (Canadá), entre los que se encuentra el Colegio de Médicos de Quebec, no solo propone la no obligatoriedad de intervención profesional en caso de no disponerse del equipo de protección individual adecuado, sino que llega a proponer que, en caso de intervenir en esa circunstancia, el profesional deberá justificar adecuadamente “el riesgo asumido para ellos mismos, otros pacientes, sus colegas, el sistema sanitario y la sociedad”⁸. La llamada a la responsabilidad es, pues, aquí clara y contundente, y llega a proponer al profesional que se plantee lo que ocurriría si, en medio de una pandemia, todos los profesionales se expusieran a atender pacientes sin la protección adecuada (Collège des Médecins du Québec, 2020).

6 Traducción realizada por uno de los autores (MAGP). La versión original en francés es como sigue:
Le dilemme auquel le médecin est confronté, entre son devoir d’humanité d’apporter des soins et la protection de son intégrité, ne doit pas être réduit à définir la valeur qui prédomine. Il requiert une approche visant à répondre à ces deux impératifs.
L’obligation de traitement va de pair avec la préservation maximale de la sécurité et de l’avenir du médecin ainsi que de ceux de ses proches...

7 Traducción realizada por uno de los autores (MAGP). La versión original en francés es como sigue:
Une juste répartition des risques, transparente, professionnelle et élaborée avec tous les intéressés sont des mesures justifiées par le respect, l’équité et la solidarité à l’égard des professionnels de santé soumis à un risque pour leur intégrité dans l’exercice de leur profession.

8 Traducción realizada por uno de los autores (MAGP). La versión original en francés es como sigue:
“[...]le risque qu’il aura pris pour lui, d’autres patients, ses collègues, le système de santé et la société”.



7. Conclusiones

De todo lo expuesto a lo largo de nuestro análisis, extraemos las siguientes conclusiones:

1. La elaboración de propuestas éticas y deontológicas no puede hacerse de espaldas al sentir de las personas implicadas. Los profesionales sanitarios se han visto expuestos de forma inadecuada a la infección por COVID, dada la falta de protección, y a pesar de ello han asumido la atención de los pacientes con entrega y generosidad, aunque no sin temor. Pero han vivido con gran rechazo la perspectiva dilemática con la que la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial ha afrontado la situación, llegando a la conclusión de que el profesional está obligado deontológicamente a esa atención, salvo excepciones de extremo riesgo personal, sin considerar de forma suficiente la protección de los intereses que estos pueden tener respecto a sí mismos, a sus allegados y familiares y al resto de la sociedad.
2. Una aproximación no dilemática, apoyada en el propio texto de la Comisión y en el Código de Deontología Médica, y respaldada por textos de organismos representativos de la deontología profesional en otros países (cuyo estudio requiere un análisis más sistemático y en profundidad que el realizado en este artículo), permitiría la búsqueda de cauces intermedios de actuación que pudieran acompasar, ante la posibilidad futura de nuevos episodios pandémicos, la atención al paciente y la protección de los bienes inherentes al propio profesional.
3. Se abre así una nueva vía de comprensión sobre el imperativo asistencial del médico en nuestro ámbito, que permite repensar la deontología profesional: una deontología más acorde con los profesionales de hoy, que no pretenden ser héroes ni mártires, sino tan solo profesionales comprometidos con la sociedad de la que forman parte y que debe respetar y tener en cuenta –también– sus intereses y derechos, y que aprenda de lo vivido durante la crisis COVID, ojalá que en el seno de una sociedad que también aprenda de ella.

Referencias

Aristóteles. (2001 tr.). *Ética a Nicómaco*. Madrid: Alianza Editorial.

Asociación de Médicos y Titulados Superiores. (2020, 17 de marzo). AMYTS denuncia ante la Inspección de Trabajo la falta de equipos de protección individual para afrontar la alerta sanitaria por el COVID-19. AMYTS. <https://amyts.es/amyts-denuncia-ante-la-inspeccion-de-trabajo-la-falta-de-equipos-de-proteccion-individual-para-afrontar-la-alerta-sanitaria-por-el-covid-19/>

Asesoría Jurídica de AMYTS. (2020, 26 de marzo). Valoración jurídica de la actuación de los profesionales médicos ante la falta de medios de protección frente al Covid-19. AMYTS. <https://amyts.es/wp-content/uploads/2020/03/VALORACION-JURIDICA-DE-LA-ACTUACION-DE-LOS-PROFESIONALES-MEDICOS-ANTE-LA-FALTA-DE-MEDIOS-DE-PROTECCION-FRENTE-AL-COVID.docx>



- Asuar, B. (2020, 20 de marzo). La falta de recursos obliga a las UCI a prepararse para priorizar pacientes. *Público*. <https://www.publico.es/sociedad/crisis-coronavirus-falta-recursos-obliga-uci-prepararse-priorizar-pacientes.html>
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (2002). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Berlinger, N. et al. (2020). *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice*. Nueva York (EEUU): The Hastings Center. <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>
- British Medical Association (BMA). (2020). *COVID-19 – ethical issues. A guidance note*. Londres: BMA. <https://www.bma.org.uk/media/2360/bma-covid-19-ethics-guidance-april-2020.pdf>
- Collège des Médecins du Québec, Ordre des Infermières et Infermiers du Québec, Ordre des Infermières et Infermiers Auxiliaires du Québec, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. (2020). *Pénurie d'équipements de protection individuelle pendant la pandémie de COVID-19. Entre le devoir professionnel de soigner et celui de se protéger: que choisir? Énoncé de position 04/2020*. Quebec (Canadá). <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-04-23-fr-penurie-d-equipements-de-protection-individuelle-pendant-la-pandemie-de-covid-19-enonce-de-position.pdf?t=1591962570409>
- Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). (2020). *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* [documento en Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. https://www.cgcom.es/sites/default/files/u1026/n.p_cgcom_ccd_1_4_20.pdf
- Comité de Bioética de España. (2020). *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*. Madrid: Comité de Bioética de España. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>
- Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). (2020a, 24 de marzo). *CESM presenta denuncia para exigir medidas al Ministerio de Sanidad*. Madrid: CESM. <http://www.cesm.org/2020/03/24/cesm-presenta-denuncia-para-exigir-medidas-al-ministerio-de-sanidad/>
- Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). (2020b, 20 de abril). *CESM denuncia la entrega de mascarillas 'fake' y exige realizar pruebas PCR a todos los posibles contagiados* [noticia en Internet]. Madrid: CESM. <http://www.cesm.org/2020/04/20/cesm-denuncia-mascarillas-fake-y-exige-realizar-pruebas-pcr-a-todos-los-posibles-contagiados/>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2011). *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid: CGCOM. https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2020, 3 de abril). *El CGCOM retira el Documento de la CCD sobre el proceder del médico ante la dificultad para realizar su actividad asistencial #COVID-19*. Madrid: CGCOM. <https://www.facebook.com/organizaci%C3%B3n-m%C3%A9dica-colegial-de-espa%C3%B1a/cgcom-retira-documento-de-la-ccd-sobre-proceder-del-m%C3%A9dico-ante-la-dificultad-pa/2952616068117525/>
- Crespo, J., Calleja, J. L. y Zapatero, A. (2020, 1 de junio). Widespread covid-19 infection among Spanish health-care professionals did not occur by chance. *The BMJ Opinion*. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/06/01/widespread-covid-19-infection-among-spanish-healthcare-professionals-did-not-occur-by-chance/>



- General Medical Council. (2013). *General Medical Practice*. Manchester (Reino Unido): General Medical Council. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/good-medical-practice—english-20200128_pdf-51527435.pdf
- General Medical Council. (2020). *Coronavirus: Your frequently asked questions*. Manchester (Reino Unido): General Medical Council. <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-hub/covid-19-questions-and-answers#Working-safely>
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117, 18-23. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71998-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71998-7)
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (2020, 14 de marzo). *Boletín Oficial del Estado*, 14 de marzo de 2020, 25390 a 25400. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>
- Ministerio de Sanidad. (2020a). *Manejo en urgencias del COVID-19. Versión de 26 de junio de 2020*. Ministerio de Sanidad. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2020b). *Decálogo sobre cómo actuar en caso de tener síntomas de COVID-19*. Ministerio de Sanidad. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200325_Decalogo_como_actuar_COVID19.pdf
- Ordre des Medecins, Conseil National. (2019a, actualizado 2020). *Code de déontologie médicale*. L'Ordre. <https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/contenu/>
- Ordre des Medecins, Conseil National. *Code de déontologie médicale, Commentaire, art. 39*. L'Ordre. <https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/article/responsabilit%20E9/39>
- Ordre des Medecins, Conseil National. (2020). *COVID-19 – Recommandations concernant l'obligation de dispenser des soins*. L'Ordre. <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/covid-19-recommandations-concernant-l-obligation-de-dispenser-des-soins>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19). Interim guidance*. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPPE_use-2020.2-eng.pdf
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). Madrid: Real Academia Española. <https://dle.rae.es/conveniencia#4SczVdd>
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2020, 29 de mayo). *Análisis de los casos de COVID-19 notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España. Informe COVID-19 n.º 33*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20nº%2033.%20Análisis%20de%20los%20casos%20de%20COVID-19%20hasta%20el%2010%20de%20mayo%20en%20España%20a%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
- Ruiz-Tagle, J. (2020, 22 de abril). Los médicos llevarán al Gobierno a la justicia por las mascarillas defectuosas. *El Economista*. <https://www.eleconomista.es/sanidad/noticias/10495872/04/20/Los-medicos-llevaran-al-Gobierno-a-la-justicia-por-las-mascarillas-defectuosas.html>
- Royal College of Nursing. (S. F.). *Refusal to treat*. Londres (Reino Unido): the College. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/rcn-refusal-to-treat-covid-19-uk-pub-009231>



- Sánchez, M. A. (2020, 23 de junio). *A propósito de las opiniones que ponen en entredicho la profesionalidad, el compromiso y el tremendo esfuerzo realizado por este colectivo, el ICOMEM manifiesta su absoluto rechazo* [comunicado de prensa]. Madrid: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. <https://www.icomem.es/comunicacion/noticias/3548/El-Colegio-de-Medicos-de-Madrid-respalda-el-buen-quehacer-de-los-medicos-durante-la-COVID-193>
- Sevilla Zapata, T. (2017). Moral pensada y moral vivida. Ética y vida cotidiana en Adela Cortina Orts. *Actas II Congreso internacional de la Red española de Filosofía*, Vol. II, 31-40. Madrid: Red Española de Filosofía. <https://redfilosofia.es/congreso/wp-content/uploads/sites/4/2017/07/2.5.pdf>
- Valle, S. (2020, 9 de mayo). La consejera de Sanidad de Aragón dice que para los sanitarios era un “estímulo” fabricar sus propias EPIs. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/05/09/5eb6ded5fdddf1d8e8b4635.html>
- Vidal, S. (2020, 21 de marzo). Los sanitarios improvisan material de protección casero por falta de stock. *UH Noticias*. <https://www.ultimahora.es/noticias/local/2020/03/21/1150385/coronavirus-baleares-sanitarios-muestran-como-hacer-material-proteccion-casero.html>