

Bioética, Epidemias y Derechos Humanos

Bioethics, Epidemics and Human Rights

Dr. Fernando Estévez

Asistimos pasmados a los hechos recientes relacionados con una nueva epidemia de alcance global ante un agente totalmente nuevo y por lo tanto absolutamente desconocido. Hace unos días, el Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona (OBD) publicó un documento que propone un análisis de esta problemática en el marco de la Bioética y los Derechos Humanos¹ debido a que las consignas que hemos llevado adelante en la práctica asistencial hasta ahora, por lo menos en Ecuador, se mantenían en el ámbito de la discusión médico-paciente pero no habíamos asistido a un enfrentamiento sistema sanitario-población. Como parte del equipo multidisciplinario responsable de esta publicación me veo en la necesidad de escribir esta reflexión en sustento de lo escrito y discutido para la construcción del mismo.

Para hacer un análisis adecuado es fundamental entender que se trata de una situación excepcional de emergencia y que precisamente por ello las necesidades de la salud pública pueden justificar una limitación de los derechos y preferencias de los individuos². Esta limitación además de afectar los ámbitos comunes fundamentales como la libertad de circulación puede afectar por supuesto también a la atención sanitaria. Se entiende claramente por ello que las situaciones de emergencia de salud pública obligan a producir cambios en la práctica del profesional, a modificar los estándares de atención, de tal manera que aparece priorización de la atención a la comunidad por sobre la atención al individuo.^{3,4}

De todas formas en este marco de reflexión que por situaciones de extrema gravedad obligan a entender que, existe una limitación de la atención individualizada, no se puede olvidar que el eje fundamental de las acciones de la medicina se orienta a la BENEFICENCIA⁵, que no implica hacer el bien por sobre las intenciones del otro, sino que es obligación del médico y del sistema sanitario el evitar las situaciones de abandono de las personas; el tratamiento paliativo y los tratamientos compasivos son fundamentales.⁶

Hemos asistido con dolor intenso a las imágenes hasta ahora presentes, de personas falleciendo en los hogares en situación de abandono, no solamente los afectados por el nuevo virus sino los que mueren constantemente por todas las patologías prevalentes en el Ecuador.

En el país no ha desaparecido la enfermedad ni las causas epidemiológicas recogidas por la estadística de muerte, lastimosamente a los responsables políticos parece haberseles olvidado esta realidad; no se puede pensar que los hospitales y el sistema sanitario en general vuelquen toda su atención solamente al nuevo proceso nocivo sino que lo necesario es ampliar la cobertura (no solo pensando en hospitales) hacia todos quienes tienen necesidades por enfermedad. La procura de tratamientos alternativos debe entonces orientarse a mantener apoyo y acompañamiento. No se puede ni se debe abandonar al individuo; aliviar su sufrimiento y procurarle la mejor atención disponible según los protocolos diseñados son ejes del manejo apropiado de la situación de emergencia.⁷

El cambio de la atención centrada en el individuo hacia la atención orientada por la salud pública genera tensiones extras sobre el personal sanitario, las familias y la sociedad. La tensión que producen estos conflictos éticos se manifiesta como sufrimiento moral entre los profesionales y la percepción de falta de justicia entre la población.⁸ Llama profundamente la atención y causa sufrimiento moral social ver en las noticias del día a día, personas lamentándose en un peregrinar buscando atención en los hospitales y centros sanitarios públicos; además de que el sistema de atención sanitaria privado ha literalmente cerrado sus puertas. Cada día que pasa, me pregunto en primera persona: ¿qué pasó con los enfermos? Todos los días el sistema estaba ya saturado y con atraso por patologías comunes, ¿en dónde están estos pacientes?; cuando vemos los fallecidos en domicilio en situaciones de abandono, la respuesta parece otear el horizonte. ¡Qué tristeza! Pues lo que se percibe es que en

Ecuador se ha puesto de moda el fallecer y sufrir la enfermedad en el abandono.^{9,10,11}

En el documento publicado por el OBD se recuerda que en situaciones de epidemia, se generan varias obligaciones:

- La necesidad de respuesta organizada (estructurada por los responsables) en salvaguarda de la salud y seguridad de pacientes, empleados y estudiantes.
- La toma de medidas equitativas, humanas, integradas y no discriminatorias (excepto por las necesarias de la política de triaje).
- El irrestricto respeto por la confidencialidad e intimidad de pacientes y profesionales.
- La toma de decisiones “colegiadas;” en esto nos duele ver a los responsables tomando decisiones políticas y sanitarias “en solitario;” o por lo menos eso es lo que se muestra.
- Prever los dilemas éticos que aparecerán, incluidos por supuesto los asociados a la toma de decisiones terapéuticas pero por sobre todo los que resultan del impacto propio de la enfermedad: la muerte y el acompañamiento además de la información y transparencia.

Es penoso además ser testigos del uso inapropiado del discurso de los responsables, el llamamiento al deber amparados en el Juramento Hipocrático es una falacia en sí misma. Esto demuestra nuestra conducta social desconectada de la realidad y del conocimiento; la Asociación Médica Mundial en 2017 actualizó lo que se denomina la “declaración médica” que reemplaza al documento clásico y en ella se establecen las condiciones fundamentales del acto médico en responsabilidad. Por supuesto que los médicos tenemos el deber moral de estar presentes en los sitios en los cuales exista la enfermedad y por supuesto enfermos que nos necesitan; pero este no es un “imperativo moral” sin condiciones; esta misma declaración deja transparentadas las obligaciones de los médicos en esta condición.¹² No podemos ser mártires ni actuar como la oveja que llega al matadero; es nuestra obligación EXIGIR de los responsables las medidas de protección necesaria, los medios para ejercer nuestro trabajo y por supuesto la TRANSPARENCIA en la información y nuestra inclusión en la toma de decisiones.¹³

Es triste ver a los responsables políticos decir de forma pública y sin remordimiento que “los médicos se han contagiado en la comunidad y no en los hospitales”; por lo menos al inicio sabemos que el personal sanitario estuvo expuesto a la enfermedad sin medidas de protección y sin apoyo político, administrativo. Cada uno de nosotros hemos sido testigos a nivel local de las exposiciones sin medidas de protección y por supuesto esta es la causa más frecuente de contagios. En este sentido hay que hacer una reflexión extra, NO se puede exigir a los estudiantes las mismas responsabilidades que a los profesionales.

Finalmente es importante recordar entonces que el marco de los Derechos Humanos es fundamental; que la

Bioética al ser una ética aplicada se debe ver en el terreno, no es la ética escolástica ni etérea de los eruditos; que todos debemos participar y la SOLIDARIDAD es fundamental.¹⁴ Que no se puede eludir la RESPONSABILIDAD en el nivel en que nos toque actuar; los médicos en los sitios en que debemos estar, los médicos tomando la obligación de protegernos y aprender, las autoridades en el marco de la toma de decisiones transparentes y responsables (no se puede actuar sin hacerse cargo de los efectos) y la población en el marco del respeto por todos. No se pueden esperar beneficios individuales sino que por fin debemos actuar como grupo, el bienestar de todos terminará por llevar bienestar a cada uno.

Referencias

1. Campbell L. Kant, autonomy and bioethics. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2017;3(3):381-392.
2. Casado M. *Materiales de bioética y derecho*. 1st ed. Barcelona: Cedecs Editorial; 1996.
3. Casado M. *Sobre la dignidad y los principios*. 1st ed. Cizur Menor: Thomson Civitas; 2009.
4. Casado M, López Baroni M. *Manual de bioética laica (I)*. 1st ed. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2018.
5. Casado M, Consuegra M, Corcoy M, Martín M, Estévez F, García F et al. *RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES ÉTICAS SOBRE EL ACCESO DE PACIENTES A UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIALES EN SITUACIONES DE PANDEMIA*. 1st ed. Barcelona: Observatorio de Bioética y Derecho; 2020.
6. Cummins P. The Anthropocene: A challenge to humanism in bioethics?. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2018;6:105-114.
7. Dworkin R. *Los derechos en serio*. 2nd ed. Barcelona: Ariel; 2002.
8. Gunderson G, Henkin A, Said A. *Human Dignity: The Internationalization of Human Rights*. *Universal Human Rights*. 1980;2(2):97.
9. Kottow M. Bioética crítica en salud pública: ¿aguijón o encrucijada?. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2012;16(1).
10. HABERMAS J. THE CONCEPT OF HUMAN DIGNITY AND THE REALISTIC UTOPIA OF HUMAN RIGHTS. *Metaphilosophy*. 2010;41(4):464-480.
11. Paust J. *The Human Right to Die With Dignity: A Policy-Oriented Essay*. *Human Rights Quarterly*. 1995;17(3):463-487.
12. Penchaszadeh V. Bioética y salud pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*. 2018;(7):1-15.
13. Presidential Council. *Human dignity and bioethics*. 1st ed. Washington, D.C.: The President's Council on Bioethics; 2008.
14. Singer P. *The expanding circle*. Princeton: Princeton University Press; 2011.