

COVID-19 y la relación médico-paciente

COVID-19 and the doctor-patient relationship

Jennifer Hincapié Sánchez*



RESUMEN

Una crisis sanitaria trae consigo el desbalance de las posibilidades de brindar la atención médica y la atención clínica por la demanda de la población. La profesión médica es humanista por naturaleza y, en ese contexto, quien recibe el llamado de la vocación médica está en la obligación de prestar sus servicios aun cuando la salud propia esté comprometida. Es importante que la sociedad reconozca que el COVID-19 es una enfermedad multifactorial, no sólo se manifiesta con síntomas respiratorios, aún no existe una identificación plena de toda la sintomatología que puede presentar, por lo que es relevante que el clínico explique al paciente que debe expresar la aparición del más mínimo síntoma para poder brindarle una atención correcta y adecuada.

Palabras clave: COVID-19, ética, conflicto médico, comunicación en salud.

ABSTRACT

A health crisis brings with it an imbalance in the possibilities of providing medical care and clinical care due to the demand of the population. Although the medical profession is humanistic by nature and in this context whoever receives the call of the medical vocation, is obliged to provide their services even when their own health is compromised. It is important that society recognizes that COVID-19 is a multifactorial disease not only manifested with respiratory symptoms, that there is still no full identification of all the symptoms that it may present, so it is relevant that the clinician explain to the patient that he should express the appearance of the slightest symptom in order to provide correct and adequate care.

Keywords: COVID-19, ethics, medical conflict, health communication.

* Profesora Asociada «C» de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Coordinadora del Programa Institucional Ética y Bioética FACMED, responsable del Campo de Conocimiento de Bioética del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud UNAM. Doctora en Filosofía por la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Magíster y Licenciada en Filosofía por la Universidad del Valle, Cali, Colombia. Miembro del Comité Asesor de la Redbioética UNESCO.

Correspondencia: JHS, jhincapie@unam.mx

Conflicto de intereses: La autora declara que no tiene conflicto de intereses.

Citar como: Hincapié SJ. COVID-19 y la relación médico-paciente. Rev CONAMED. 2020; 25(supl. 1): s55-s60. <https://dx.doi.org/10.35366/97349>

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 26/11/2020.

Aceptado: 26/11/2020.

www.medigraphic.org.mx

Declarada pandemia el 11 de marzo del 2020, la contingencia sanitaria ocasionada por la transmisión del virus SARS-CoV-2 (COVID-19), exigió la promoción y establecimiento de la denominada sana distancia y el resguardo domiciliario a fin de contener los contagios. Frente a un panorama con estas características, resulta fundamental el replanteamiento en la forma en la que los seres humanos interactúan y socializan. Datos publicados por el *John Hopkins Institute*, en octubre del 2020, muestran que, a nivel global, el virus del SARS-CoV-2 ha alcanzado más de 36 millones de casos de contagios y más de un millón de fallecimientos. México ocupa uno de los 10 primeros lugares con más contagios y un alto porcentaje de mortalidad (10%), permitiéndonos inferir que el virus ha logrado proporciones no vistas en la historia reciente de la humanidad.

El panorama de la enfermedad COVID-19 nos exige replantearnos el paradigma con el que conducimos nuestras relaciones interpersonales, las formas de trabajo, educación, atención médica y una incesante exigencia a la ciencia para presentar soluciones concretas a un problema de alcance desproporcionado.

La contingencia sanitaria nos ha cambiado el orden de aquellas cosas que teníamos preestablecidas como importantes, ahora pasan a un segundo plano. Ejemplo de ello es el replanteamiento de las políticas públicas en materia de salud y atención social, la falta de preparación de los estados para contrarrestar una emergencia sanitaria de estas características. Las deficiencias en los protocolos de actuación, la carencia de los sistemas sanitarios traducida en la falta de recursos humanos contratados y con la capacitación suficiente para la atención clínica especializada, la falta de equipo de protección personal, de equipos y medicamentos suficientes son muestras evidentes de que probablemente a nivel internacional los recursos públicos deberían tomar a la salud como eje primordial.

Otro ejemplo relevante es el respeto por derecho humano al libre tránsito que queda relegado, entre otras cosas, porque actualmente realmente es relevante la preservación de la salud de la sociedad, y no del individuo, el acceso a determinados servicios de salud, que de primer momento no tienen prioridad, como las cirugías programadas no urgentes, la atención de padecimientos crónicos, la

caracterización del triaje en las salas de emergencia, la atención médica centrada en el paciente, dispuesto, entre otras cosas, como una de las metas de la medicina.

Una crisis sanitaria trae consigo el desbalance de las posibilidades de brindar la atención médica y la atención clínica por la demanda de la población.

Nuestro contexto actual es: una pandemia ocasionada por un virus del cual se desconoce a ciencia cierta su procedencia, el avance de su historia natural y las formas de afectación a los seres humanos, el *pull* completo de sintomatologías, los efectos adversos y más relevante aún, sin una vacuna que demuestre efectividad suficiente o por lo menos un tratamiento efectivo; la disposición de la tan cuidada relación médico-paciente se pone en peligro.

Si a ello se suma la complejidad de la incertidumbre por parte de los profesionales de la salud que, a pesar de estar brindando todo lo que está a su alcance, no les es posible lograr una atención que ofrezca soluciones a los problemas actuales, más el complejo estado de vulnerabilidad en el que se encuentran los pacientes que acuden a un servicio de salud, porque las soluciones que tienen a la mano no fueron suficientes para atender su padecimiento, nos da como resultado una crisis que de lo sanitario trasciende a lo social. Este tipo de reacciones podrían, de alguna manera, explicar y no justificar las reiteradas agresiones en contra del personal de salud.¹

La profesión médica es humanista por naturaleza y, en ese contexto, quien recibe el llamado de la vocación médica está en la obligación de prestar sus servicios, aun cuando la salud propia esté comprometida. Medicina tiene exigencias deontológicas, es decir, con requerimientos éticos que trascienden en el plano de lo moral: van más allá de la individualidad de la persona ofreciendo un servicio profesional. Lo anterior, aunque radical, está descrito en el primer código de ética de la Asociación Médica Estadounidense, que en 1847 afirmaba que *cuando una plaga prevalece es deber de los médicos hacer frente al peligro y seguir en sus labores para el alivio y sufrimiento incluso a costa de sus propias vidas.*² Según lo anterior, la sociedad está en la disposición de exigirle a las y los profesionales de la salud que, para el ejercicio de su profesión, estén en la disposición de ofrecer su propia vida.

En 1986, el Colegio Americano de Médicos y la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de EUA emitieron una declaración conjunta en la que mencionan que el personal sanitario debe brindar atención a los enfermos a pesar del riesgo de contraer una enfermedad de algún paciente, es decir, el profesional de la salud está obligado a desbordarse de su propia protección personal para poder brindar un servicio a la ciudadanía.²

Otro ejemplo de esta postura es el paradigma de las virtudes, propuesto por Pellegrino y Thomasma, dicho por ellos mismos: *Las virtudes son rasgos que hacen a la persona buena y que la capacitan para hacer su trabajo bien.*³

Esta propuesta se concreta en la denominada tabla de virtudes en la filosofía de la medicina, que establece los niveles de excelencia que debe tener un profesional de la salud en el contexto laboral y en el plano personal:

- Fidelidad a la promesa
- Benevolencia
- Abnegación
- Compasión
- Humildad intelectual
- Justicia
- Prudencia⁴

Si bien la propuesta de ética médica de Pellegrino y Thomasma está fundamentada en la fe cristiana, percibiendo a la profesión médica como una especie de «misión apostólica, al servicio de aquellos que tienen un título especial en la tradición cristiana: los vulnerables de todo tipo, los enfermos, discapacitados o deficientes. Responder a las necesidades de los vulnerables es una exigencia esencial de la fe cristiana. No es algo opcional. Sentirse obligado a servirles con amor no es tampoco heroico para un cristiano, aunque algunos cristianos puedan, de hecho, llegar al heroísmo.»⁵ no deja de ser una exigencia que trasciende el contexto de la fe y pasa a ser el común denominador de las exigencias que la sociedad le hace a quienes ejercen la medicina.

En el establecimiento de la relación médico-paciente, es fundamental que los profesionales de la salud sean conscientes de que los individuos que asisten con ellos se encuentran en un estado de fragilidad acrecentada, es decir, los pacientes

acuden a atención sanitaria porque los recursos que tienen al alcance no son suficientes para remediar su padecimiento, o comprender el estado en el que se encuentra. En función de lo anterior deposita toda la confianza en quien ha tenido una preparación para ello y se reconoce a sí mismo como carente de conocimiento y deposita el valor de su vida en manos de otra persona.

Por lo tanto, resulta relevante que los profesionales de la salud tengan claro que la humildad intelectual no necesariamente implica hacer una reducción o trivialización del conocimiento. Una explicación adecuada, suficiente y en concordancia con el contexto psicosocial del paciente, no sólo asegura la comprensión de la situación y el tratamiento que se ofrece como la mejor opción posible, sino el establecimiento del vínculo que se entabla entre el o la profesional clínico y el individuo que padece, es decir, la creación de una alianza estratégica a fin de devolverle al paciente la salud.

En esta relación, el paciente se compromete a seguir las indicaciones médicas para el reestablecimiento de la salud, mientras que el médico se compromete a ofrecer todo el conocimiento científico que tiene para que esté a disposición de su paciente. Sin embargo, muchas veces dicha relación se fractura por la imposibilidad de algunos profesionales de la salud para poder llevarla de manera asertiva. Es así como se reconoce que una gran área de oportunidad, sobre todo en tiempos de pandemia, es el establecimiento de un proceso comunicativo expedito, concreto y efectivo.

La enfermedad COVID-19 ha demostrado altos niveles de contagio, cuyo proceso evolutivo desconocemos, esta situación exige, como medida de protección para todos, el aislamiento de los pacientes, los familiares y aquellas personas con quien potencialmente tuvo contacto. Esto hace que el proceso terapéutico en la unidad hospitalaria exacerbe la incertidumbre de que los pacientes se encuentran frente a la idea de que ni la ciencia ni la tecnología han logrado encontrar una respuesta definitiva a su problema.

Las y los profesionales de la salud deben implementar entonces protocolos sanitarios que les permitan evitar el contagio, como el uso de barreras físicas que dificultan el contacto que humaniza la relación médico-paciente, impidiendo además el reconocimiento de las expresiones faciales, que

brinda compañía en las unidades de cuidados intensivos.

Así, se reconoce que todo profesional de la salud se atiende a pacientes que tienen aunque sea una mínima posibilidad de contagio por COVID-19, tiene la obligación ética de resguardar su propia salud y generar barreras como el uso de guantes, cubrebocas, lentes de seguridad biológica, caretas, así como el lavado constante de manos acompañado de aplicación constante de gel antibacterial. No obstante, el uso de todos estos implementos supone una situación compleja en la que el paciente puede llegar a sentir rechazo.

Desde la ética médica, la recomendación para entablar una adecuada relación médico-paciente es que, a pesar de las medidas sanitarias que se deben implementar, se deben hacer expresivas las manifestaciones de benevolencia tanto en las expresiones de acompañamiento, como con el relato al paciente. Esto quiere decir que, aunque el paciente no puede ver la expresión facial de acompañamiento, el profesional de salud debe expresarse de manera verbal, ofreciéndole todo lo que a su alcance está para reestablecer su salud.

Como sociedad, hemos dibujado a los profesionales de la salud como superhéroes, si bien este reconocimiento es apenas justo para todo lo que se pone en juego con la atención en tiempos de pandemia, hemos perdido de vista que los superhéroes también son seres humanos susceptibles, que parte de su responsabilidad profesional con la sociedad, con sus pacientes e incluso con su familia y allegados, es la responsabilidad del autocuidado. El reconocimiento de grandes capacidades no les hace inmunes a virus, enfermedades, estrés moral de verse enfrentados a tomar decisiones que deben resolverse desde la implementación de políticas públicas planeadas.

Si bien las y los médicos pueden llegar a pasar por momentos de perplejidad, no hay posibilidad de perder de vista la importancia de la calidez humana con ellos mismos, sus colegas y compañeros de equipos sanitarios, sino compartirla con los pacientes. Lo anterior no sólo apela al sentido humano de la medicina, también se dispone como una de las exigencias deontológicas de los profesionales de la salud. el Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos afirma que el imperativo

de los médicos para ofrecer atención supera el riesgo para el médico tratante, incluso durante las epidemias. Además, la Asociación Médica Estadounidense menciona que cada médico tiene la obligación de brindar la atención médica urgente durante desastres y enfatiza que debe ser persistente incluso ante riesgos mayores de los usuales para la seguridad, la salud y la vida.

En México se estipula en el Código Penal Federal, en el artículo 228 y 229, la obligatoriedad que los médicos tienen para brindar atención médica; por su parte, la Carta de los Derechos de los Pacientes, proyecto desarrollado e implementado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED),⁶ remarca las pautas de calidad en la atención que los pacientes deben recibir, se incluye el derecho a atención médica adecuada, trato digno, información suficiente, clara y oportuna, decidir libremente sobre su atención, otorgar o no su consentimiento válidamente informado, ser tratado con confidencialidad, contar con las facilidades para obtener una segunda opinión, recibir una atención médica en caso de urgencia, contar con un expediente clínico, ser atendido cuando se inconforme, entre otros.

Si bien es cierto que la medicina es una de las profesiones más observadas por la regulación de los países, las disciplinas humanistas que asumen como tema la vulnerabilidad del ser humano en relación con la salud y por la ética, vale la pena llamar la atención sobre la limitada reflexión sobre los derechos de los médicos.

En la Carta de los Derechos de los Médicos se aborda el derecho a trabajar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional, aunque deben ejercer su profesión sobre sus intereses individuales, el Estado está en la obligación de brindarles los elementos suficientes para que puedan ejercer su profesión de manera segura. Además, el tercer punto de la misma carta afirma que el médico debe tener a su disposición los recursos que requieren en su práctica profesional, en este caso, el equipo de protección sanitaria. Gracias a la reflexión de dicha Carta de los Derechos de los Profesionales de la Salud se puede concluir que nadie está obligado a lo imposible, como brindar atención en contexto de pandemia, perteneciendo a los grupos vulnerables, teniendo familiares que se encuentren en ese grupo, o incluso, a hacerlo

sin el equipo de protección personal adecuado y/o suficiente.

Ejemplo de lo anterior son las múltiples noticias donde los médicos y profesionales de la salud han logrado amparos jurídicos que les permiten eximirse de la responsabilidad al no atender personas contagiadas de COVID-19, porque sus familias están en riesgo o porque ellos mismos son pacientes con factores de riesgo.

Otro gran ejemplo es la publicación de la revista Forbes del mes de septiembre, en donde afirma que, según Amnistía Internacional, México es el país con más muertes de personal médico por COVID-19. No podemos perder de vista que más de 1,400 profesionales de la salud fallecidos se traduce en 1,400 profesionales que ya no están disponibles para brindar atención médica cuando la demanda sigue creciendo.

A modo de conclusión, se puede asegurar que la prevalencia del interés público sobre el privado es el eje de reflexión durante una pandemia, es decir, el interés personal como ciudadano va a estar por debajo de los intereses del bienestar general de la sociedad, por lo que el establecimiento de la relación médico-paciente se torna compleja por las barreras necesarias de protección biológica como distanciamiento y el equipamiento, además de la innegable premura que trae la atención de la pandemia. Aunado a lo anterior, los profesionales de la salud hoy están atendiendo a un número de pacientes sumamente alto, comparado con lo que manejaban previo a la pandemia. Por último, se pierde de vista la vulnerabilidad de los profesionales de la salud, sus deberes como miembros de una familia y de una sociedad, y también se exagera la vulnerabilidad de los pacientes, lo cual no se puede perder de vista.

Acerca de la actitud que el profesional de la salud debe tener ante el paciente y sus familiares, lo más importante es establecer un puente de comunicación clara que se promueva el explicarles que se les está ofreciendo todo lo que está a su alcance para salvar la mayor cantidad de vidas, teniendo en cuenta que más allá de las capacidades o aptitudes del equipo médico, no hay desde la ciencia (por lo menos a la fecha), una vacuna o un tratamiento efectivo.

Además, se espera que desde el primer momento se establezca un proceso de comunicación

claro con términos sencillos y concretos para que el paciente perciba que no sólo se busca diagnosticar COVID-19, sino que también se intenta averiguar los elementos desde los cuales pueden reestablecer la salud de los pacientes. Así, si el médico tiene la posibilidad de explicar claramente al paciente lo que está pasando o cuáles son las maniobras necesarias, éste tiene una certeza que genera confianza.

Finalmente, resulta primordial sensibilizar a la sociedad de que los y las profesionales de la salud son seres humanos que ponen al servicio de los pacientes su conocimiento científico para atender un problema que a nivel global no ha podido ser resuelto, por lo que ellos están en la disposición de brindar todos los recursos para atenderlo; sin embargo, los profesionales de la salud deben trabajar con una gran cantidad de pacientes al día, así que se recomienda que el poco tiempo que los profesionales de la salud tengan para comunicarse con los familiares, se tome para reflexionar cuál es el discurso adecuado y explicarles exactamente lo que sucedió, y así en la medida en que se establezca una comunicación de calidad, clara, concreta sin uso de tecnicismos, los familiares y los mismos pacientes se van a sentir mucho mejor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monroy J. Segob reporta 103 agresiones contra personal médico entre abril y mayo. El Economista. 02 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.economista.com.mx/politica/Segob-reporta-103-agresiones-contra-personal-medico-entre-abril-y-mayo-20200702-0065.html>
2. Jauhar S. En una pandemia, ¿los médicos todavía tienen la obligación de tratar a los pacientes? Infobae. 5 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/the-new-york-times/2020/04/05/en-una-pandemia-los-medicos-todavia-tienen-la-obligacion-de-tratar-a-los-pacientes/>
3. Foot P. Virtues and vices and other essays in moral philosophy. Berkeley: University of California Press; 1978. [Traducción española: Las virtudes y los vicios. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1994]
4. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Christian virtues in medical practice. Washington, D.C.: Georgetown University Press; 1996.
5. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2003.

6. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Secretaría de Salud. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2002; 16 (5): 170-172.

REFERENCIAS

- Carta de los Derechos Generales de los Médicos. Secretaría de Salud. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2002; 16 (5): 173-177.
- Código Penal Federal, Libro Segundo, Título Decimosegundo - Responsabilidad Profesional. Capítulo I - Disposiciones Generales. Artículo 229.
- CONAMED. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes Diciembre, 2001.
- DOF: 31/03/2020. ACUERDO por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2.
- Álvarez Díaz JA. La bioética y el derecho de cara al COVID-19 [video en internet]. YouTube. 15 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Fxuu8TxA10&feature=youtu.be>
- HidrocálidoDigital.com. Logran licencia para regresar a su hogar y no arriesgar a su familia. Disponible en: <http://www.hidrocaldodigital.com/logran-licencia-para-regresar-a-su-hogar-y-no-arriesgar-a-su-familia/>
- Pavón L. Trabajadores de salud se amparan para no trabajar por temor al COVID-19. televisa.NEWS. 23 de junio de 2020. Disponible en: <https://noticieros.televisa.com/ultimas-noticias/trabajadores-de-salud-se-amparan-para-no-trabajar-por-covid/>
- González Díaz M. Coronavirus: el preocupante aumento de agresiones en México contra personal médico que combate el COVID-19. BBC News Mundo en México. 17 abril 2020. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52319044>
- Forbes Staff. Larry Brilliant: el epidemiólogo que 'predijo' la pandemia de Covid-19 hace 14 años. julio 27, 2020. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/noticias-larry-brillant-el-epidemiologo-que-predijo-la-pandemia-de-covid-19-hace-14-anos/>
- infobae. Ya son 584 los profesionales de la salud que fallecieron por COVID-19. 24 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/06/24/ya-son-584-los-profesionales-de-la-salud-que-fallecieron-por-covid-19/>
- Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, con datos recuperados el 10 de octubre de 2020. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Organización Mundial de la Salud. Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy of the healing professions. Nueva York: Oxford University Press; 1981.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. Nueva York: Oxford University Press; 1993.
- Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. Kennedy Inst Ethics J. 1995; 5 (3): 253-277.
- Sánchez G. Ordenan protección al personal médico. El Vigía. 2 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.elvigia.net/general/2020/6/2/ordenan-proteccion-al-personal-medico-349072.html>
- The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. Lancet. 2020; 395 (10228): 922. Available in: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930644-9>