

FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS Y ÉTICOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU DINÁMICA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

María Elizabeth de los Ríos Uriarte, David Cerdio Domínguez,
Jhosue Alfredo Hernández Gonzáles, Ignacio Adrián Ricaud Vélez
Facultad de Bioética. Universidad Anáhuac Mexico, Ciudad de México, México.



Palabras clave: Relación médico-paciente, valores, virtudes, pandemia, COVID-19.

Resumen

El artículo describe la fundamentación antropológica y axiológica de la relación médico-paciente resaltando esta como un mutuo perfeccionamiento en donde se busca no sólo la restauración de la salud del paciente sino el crecimiento personal de ambos. Para ello, se describen los momentos de construcción de la misma, así como los diferentes modelos a lo largo de la historia. También se ahonda brevemente en cómo esta se ha visto afectada por la pandemia por COVID-19 en el mundo y el surgimiento de la telemedicina. De igual modo, se propone la ética de las virtudes como fundamento de una relación que permita la toma de decisiones conjunta encaminada al bien de ambos agentes a pesar de que la relación pueda quedar sujeta a cambios inesperados como lo fue la pandemia.

El fundamento antropológico y ético de la relación médico-paciente

Buscar y procurar el bien debe ser una acción conjunta y una responsabilidad compartida tanto por el médico hacia su paciente como por el paciente hacia el médico de tal suerte que la aparente desventaja en que el paciente se encuentra debido a su enfermedad y escaso conocimiento sobre los remedios posibles se revierta y se dote a la relación de un fin de perfeccionamiento mutuo.

Lo anterior se fundamenta en que ambos, médico y paciente, son personas y poseen un valor intrínseco que es su dignidad, por lo cual lo pueden quedar reducidos a meros objetos ni su relación a una animada por criterios meramente utilitaristas ni tampoco por la sola relación contractual que los une.

Es por esto por lo que la relación trasciende las formas de un contrato que obliga a las partes pues, en principio, ni uno ni otro actúan por una obligación extrínseca, sino que lo hacen por otra *de facto* que les viene dada por el reconocimiento pleno de su dignidad y de la dignidad del otro que, a su vez, construye y fomenta la confianza mutua.

Determinar en circunstancias concretas y situaciones específicas qué es y dónde está el bien que se persigue resulta siempre complejo pues, en la práctica, este bien cobra dimensiones subjetivas y se vuelve relativo a las miradas de todos los agentes involucrados en un caso clínico: médico, paciente y familia. Es por esto que conviene una toma de decisiones conjunta donde todos

puedan exponer sus percepciones de ese bien perseguido y se traten de armonizar visiones centrándose, con mayor hincapié en la percepción del propio paciente puesto que, como ya se dijo anteriormente, es él en quien recae la obligación primaria de cuidar su salud¹. De igual manera, conviene adecuar esas percepciones a las circunstancias y condiciones actuales que vive el paciente ya que se pueden elegir opciones que son buenas pero que, al momento de ejecutarlas en la práctica y vida cotidiana del paciente, resultan inviables. Así, desmembrar el bien del paciente considerando las diferentes percepciones que de éste se tienen, pero en especial la de él mismo, así como considerar las circunstancias y condiciones presentes será la alternativa ética para dilucidar lo que este es y significa en cada escenario.

Existen varios modelos que describen la forma en que se construye la relación médico-paciente y, dependiendo de la base antropológica en que se conciba a uno y a otro, se asumirán determinados roles y se asumirán ciertas consecuencias; sin embargo, para abordar esta relación es preciso ir más allá del momento justo de la acción y profundizar en las personas que la construyen, en el para qué la construyen y en el efecto a corto y largo plazo de esa construcción.

Para ello es necesario, primero, describir cuáles serían los fines que las personas que en ella se encuentran buscan; es decir, todos actuamos movidos por algo, en lenguaje aristotélico le llamamos la *causa final* que es el para qué hacemos algo y el fin para el que fue creada una u otra cosa y que, debe ir en perfecta sintonía con nuestra esencia o con, lo que Aristóteles llamaría la *causa formal*. Así, se esperaría de un peral que diera peras y no ciruelas, por ejemplo. Entrar en la causa final de la persona humana resulta algo complejo dada la naturaleza ontológica de la misma que, necesariamente, la lleva a buscar aquello que su esencia le reclama, esto es el bien y la verdad.

Estos valores filosóficamente llamados “trascendentales del ser” son muy genéricos y por ello es preciso que cada persona en su libertad acompañada de razón sea capaz de discernir cómo se encarnan ese bien y esa verdad en su vida y en su circunstancia concreta de tal forma que, estos van recayendo en realidades concretas y singulares a medida que se va realizando su detección en el mundo que nos rodea.

El afirmar lo anterior no implica decir que el bien y la verdad

sean subjetivos pues siempre estarán dotados de un marco universal que puede ser compartido por todas las personas, es decir, que sea deseable para cualquier persona en cualquier circunstancia. Después, vienen las adaptaciones que hacemos a esas condiciones particulares. Es cierto pues que todos buscamos naturalmente el bien², pero este bien va cobrando dimensiones y rostros distintos a medida que vamos enfrentándonos a nuestras circunstancias.

Tomando lo anterior, es necesario reflexionar sobre cuáles serían las formas concretas y singulares en que el bien y la verdad a los que naturalmente tendemos son en la dinámica específica de la relación médico-paciente.

En primer lugar, hay que decir que existen dos condiciones para que toda persona exista y ejerza sus capacidades y decisiones: la vida y la salud. Sin éstas, las personas no pueden ser ni actuar, es por ello entonces que ambos constituyen bienes que toda persona debe cuidar y conservar y constituyen una obligación intrínseca para cada uno. En este sentido, cada persona es responsable de cuidar, procurar, defender y mantener su vida y su salud. Estos son un ejemplo de bienes universalmente válidos.

Si esto se traslada a la relación médico-paciente donde existe una condición que la detona que, generalmente es una enfermedad de diversa índole, entonces el paciente, quien es el que sufre el padecimiento, busca al médico para restaurar un bien que concibe como necesario que es su salud y su vida, de esta manera el paciente se vuelve el agente primario en dicha relación.

El médico, por su parte, se siente interpelado éticamente a restaurar la salud del paciente porque entiende que, si bien hay una responsabilidad primaria en el paciente, la hay también en él en cuanto que él tiene los conocimientos y experiencia suficientes para ayudar al enfermo, es decir, reconoce su natural obligación para con el otro. Lo que mueve al médico, entonces no es una necesidad y tampoco una finalidad utilitarista sino un reconocimiento de la dignidad del paciente, de su necesidad de ser ayudado y de su relación social con él que lo llevan a no poder quedar indiferente frente al sufrimiento del otro.

Médico y paciente entonces asumen su responsabilidad en el cuidado y defensa de la vida y la salud que son los valores sobre los cuales se sustenta la relación que, a su vez, depende de la confianza que el paciente deposita en el médico y la conciencia que éste tiene sobre su propia sociabilidad³.

Niveles y evolución de la relación médico-paciente

Ahora bien, para que el médico pueda atender solícitamente la necesidad del paciente hacen falta otros valores además de su conocimiento y experiencia, esto, en función de que la enfermedad que atenderá no puede ser separada del enfermo mismo, es decir, del paciente que es una persona y que tiene un sistema de valores y preferencias propias. Así, se va pasando de un primer nivel meramente descriptivo y objetivo del padecimiento que tie-

ne por sujeto de atención el cuerpo mismo del enfermo, a un segundo nivel de atención donde se ubica el padecimiento biológico y anatómico en un marco de referencia holístico atendiendo a la integridad corporal del paciente, después a un tercer nivel en donde el médico pone en práctica su ciencia para valorar y emitir un diagnóstico y es justo aquí cuando se transita a un nivel más elevado porque el diagnóstico debe ser comunicado al paciente abriendo que éste quedará afectado no solamente en un nivel biológico y físico sino también psicológico y espiritual⁴ ya que no es más la enfermedad la que importa sino la persona enferma y cómo ésta viva y perciba su padecimiento así como las decisiones que tome frente al mismo⁵.

Es por esto que la dinámica inicial de la relación médico-paciente no se queda en la examinación de la parte afectada y la puesta en práctica del juicio y arte médica, sino que debe ser el establecimiento de un diálogo que tenga por objetivo informar para tomar las mejores decisiones, es decir, el diálogo entre médico y paciente tiene un valor informativo, terapéutico y decisional⁶.

Además, este diálogo debe darse siempre en un ambiente no sólo de confianza sino de confidencialidad e implica habilidades interpersonales por parte del médico incluso para comunicar malas noticias, la atenta escucha por parte de ambos participantes, así como el habla prudente y claro para culminar, finalmente, con un consentimiento informado⁷.

Si bien este diálogo es esencial para una buena relación médico-paciente no siempre se ha dado así, es por ello por lo que han existido diversos modelos⁸ de relación que han priorizado a uno o a otro agente derivando en consecuencias específicas. A continuación, veremos algunos de estos modelos.

1. Modelo basado en el principio de beneficencia⁹: plasmado en el juramento Hipocrático, el principio de beneficencia marca la búsqueda de la restauración de la salud del paciente y de su sufrimiento promoviendo el bien de este. Esta idea deriva en que solamente sea el médico el que las tome decisiones que él crea convenientes y adecuadas conduciendo a un paternalismo médico¹⁰ en donde estaría justificado, incluso, la manipulación de la información que se le da al paciente adjudicando el “bien del mismo”.
2. Modelo basado en la autonomía: caracterizado por que las decisiones del médico comienzan a ser cuestionadas por los pacientes y el principio de beneficencia sustituido por la autonomía de estos. Este modelo desplaza el buen juicio del médico y el bien que su conocimiento pudieran ofrecerle al paciente por el acento en que la información sea únicamente brindada, pero sin intervención en la decisión última del paciente valorando más lo que el paciente desea que lo que el médico puede hacer por él según sus conocimientos.

Este modelo, no obstante, la desviación de la relación ideal trajo consigo una bondad que fue la implementación del consenti-

miento por parte del paciente en los protocolos de atención médica; esto es, ya no es el médico el que decide de forma autónoma y, a veces, autoritaria, sino que, se espera una decisión por parte del paciente. Hay que aclarar que esta decisión no se entiende sólo como el asentimiento pasivo de la propuesta del médico sino como una verdadera participación y dominio de sí para poder tomar control de su salud y de su vida¹¹.

Si bien el consentimiento del paciente es de suma relevancia, hay que decir que no debe ser tomado como único ni como absoluto puesto que, a menudo el paciente puede estar influenciado por emociones variables que restan razonabilidad a su juicio pudiendo, incluso, derivar en decisiones que atenten contra sí mismo; es por ello que, si bien debe considerarse como parte fundamental de la relación médico-paciente, no debe asumirse como absoluto para la toma de decisiones y la restauración de la salud y el cuidado de la vida que son los bienes primarios a perseguir.

1. Modelo interpretativo: este modelo considera, como se dijo anteriormente, que la persona enferma es un todo y una unidad conformada por el cuerpo que está padeciendo pero también e inseparablemente de un espíritu y de una *psique* y que, por ende, tiene un sistema de valores y preferencias, tiene una historia que moldean estos, tiene unas relaciones sociales que le dan sentido y que él mismo atribuye un sentido específico a su vida y a su enfermedad, por ello, este modelo intenta construir una toma de decisiones conjunta basada ese sentido que el paciente tiene para articular sus opciones con base en dichos valores.
2. Modelo deliberativo: semejante al anterior, este modelo construye una relación de confianza entre médico y paciente en donde cada uno contribuye a buscar el bien del otro activamente mediante el diálogo constructivo. La diferencia con el anterior radica en que el intercambio de ideas no se deja a la sola autonomía axiológica del paciente, sino que se lleva a cabo mediante una guía y un método en que el médico da a conocer al paciente la mejor decisión a través de la exposición de los elementos a favor con sentido realista y sin dejar fuera los riesgos existentes, pero va guiando la autonomía del paciente hacia el bien que, por principio, le corresponde a éste salvaguardar. El médico se vuelve un consejero que acompaña y da luz, pero jamás impone.

De estos modelos se concluye que el acto médico deberá tener por fundamento tanto la procuración y búsqueda del bien del paciente representado por la restauración y cuidado de su salud y de su vida, así como la participación informada del paciente en la que se garantice una correcta toma de decisiones¹².

La virtud como mecanismo de resolución de los conflictos en la relación médico-paciente

Sucede con frecuencia que la relación médico-paciente entra

en un *impasse* en donde chocan las visiones del médico con las del paciente y la toma de decisiones se torna confusa. En estos momentos hay que acudir a las virtudes como herramienta para destrabar y continuar el proceso de la búsqueda del bien verdadero. Para Aristóteles las virtudes eran los “hábitos operativos buenos”; es decir, algo que se hace continuamente y está ordenado al bien y, por hacerse frecuentemente se convierte en algo casi mecánico y realizado casi por costumbre¹³.

Por su parte para Swanton la virtud se define como una buena cualidad del carácter, como una disposición a responder o a darse cuenta de algo de una manera excelente o suficientemente buena¹⁴.

Esta práctica de las virtudes debe nacer en la misma formación del médico¹⁵ a quien se le debe instruir no sólo en la adquisición de conocimientos y desarrollo de competencias sino también en la adquisición de virtudes que iluminen su actuar médico.

Es por ello por lo que se ha concebido la ética de las virtudes como uno de los aspectos más importantes en la relación médico-paciente, misma que se describe brevemente a continuación.

Identificar la relación médico-paciente como el núcleo inamovible de la profesión médica¹⁶, es determinante, ya que con base en esta reflexión se podrá priorizar la formación integral en la ética de las virtudes; que como Thomasma y Pellegrino advertían constituye la crisis de la medicina moderna, la cual tienen una esencia de carácter interno fundamentada en la ética médica¹⁷.

Reconocer que el acto médico -como acto humano- promueve y satisface la aspiración de trascendencia, en consonancia con la dignidad humana, es un primer gran paso para entonces poder profundizar y comprender con claridad las metas que la Medicina busca desde el comienzo de la civilización: Sanar, en primer lugar, como objetivo trascendental; Curar, como ejercicio práctico en respuesta ante el sufrimiento y el dolor que aqueja a la humanidad y Acompañar, en todo momento sin importar la consecución de los primeros dos objetivos médica^{16,17}.

Es una realidad innegable que la Medicina, aunque una ciencia en la que aún hace falta mucho por descubrir y que es iluminada de siglo en siglo¹⁸, aspira a más de lo que tal vez el conocimiento por el conocimiento puede alcanzar, razón por la cual hay que comprender que la profundidad de la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades, no se encuentra en resultados meramente medibles, sino en la esencia humanizante que la caracteriza y fundamenta. Es claramente determinante que el médico adquiera una competencia profesional integral; que sea docto en cuanto a los conocimientos teóricos de manera actualizada, que desarrolle destrezas prácticas y que profundice de manera consciente en actitudes humanísticas y profesionales en torno a sus pacientes y colegas¹⁹. Tener el honor de atender y acompañar a un paciente en su sufrimiento es un privilegio que se merece únicamente a través de la preparación constante, de modo que pueda ofrecerse en todo momento, el mayor bien desde la perspectiva científica y humanística.

Reconocer jerárquicamente lo que es médicamente bueno, es crucial para entonces convertir del acto médico, en un medio que promueva el desarrollo humano, más allá de la satisfacción de una necesidad meramente técnica. Unificar la benevolencia de la vocación con la razón prudencial es realmente el arte que caracteriza al médico. Como vislumbraba Pellegrino, la medicina moderna experimenta una crisis más bien orientada hacia el interior de la relación médico paciente⁵, lo cual contrasta con el paradigma externalista que busca justificar y validar a través de la obtención de resultados, razón por la cual en los últimos años -de avance tecnológico- se ha perdido el rumbo, centrando la medicina más bien en la enfermedad en lugar del paciente.

El reconocimiento ontológico de la dignidad de cada uno es el primer punto de partida pues, aunque en desiguales condiciones, el médico y el paciente comparten la misma condición humana y la misma dignidad. Pero, esta ontología primera nos debe conducir a la ética, es decir, a las formas prácticas en que este reconocimiento se da en cada momento de la relación que, en este caso, son fundamentalmente tres: diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Así, la conducta dada al interior de la práctica médica comienza por la puesta en práctica de virtudes por parte del médico pues, como ya también se mencionó, es él el agente primario de la misma. Las virtudes son entonces el pilar sobre el que descansa la buena práctica médica y la construcción de una correcta relación médico-paciente.

¿Qué virtudes deberían caracterizar al médico en su actuar frente al paciente? Esta es una pregunta sumamente compleja, siendo pues que Edmund D. Pellegrino en *"The Virtudes in Medical Practice"*¹⁷ propone las siguientes:

- **Confianza:** La presencia de la confianza es crucial y determinante para el desarrollo armónico de las relaciones humanas; sin embargo, en esencia implica una aceptación de la vulnerabilidad. El acto médico no puede llevarse a cabo sin el desarrollo -mutuo- de confianza². Fenomenológicamente se han identificado 3 condiciones elementales, con base en las cuales, socialmente se espera que los actores involucrados se desenvuelven: 1) orden moral persistente, en donde de acuerdo con la concepción socio-cultural la relación será llevada a cabo de manera sincera, 2) competencia -técnica- en la relación, donde de acuerdo con lo esperado, el paciente recibirá un trato técnico competente y actualizado y 3) entrega fiel tanto a los individuos involucrados como a la sociedad, no habrá falta de integridad en la relación, sino que por el contrario se buscará -honesta y sinceramente- el bien de todos los actores.

Los pacientes, al momento de buscar al médico en un momento de vulnerabilidad, aperturan la relación médico-paciente, la cual, para alcanzar frutos, deberá desarrollar un profundo sentido de confianza mutuo; confiando en que la vulnerabilidad demostrada, no será, en ningún momento explotada por poder, prestigio, ganancia o placer. Por lo que como ética de la virtud se

debe promover la comprensión integral de la obligación de la fidelidad permanente al desarrollo de la confianza entre el médico y su paciente y el paciente para con su médico.

- **Compasión:** La percepción generalizada -socialmente- en cuanto a la deficiencia en la compasión en la Medicina² hace un llamado a favorecer la formación integral del carácter del médico; si bien es cierto que dicha virtud, no puede ser demostrada completamente a través de una indicación médica, una guía de práctica clínica o un principio farmacológico, es cierto que implica la suma de un todo en cuanto a carácter, personalidad, temperamento y habilidades sociales (inteligencia emocional⁵ e inteligencia social⁶). La relación médico-paciente implica no -exclusivamente- la aplicación de conocimientos teórico-prácticos, meramente cognoscitivos, sino el involucro integral del médico con su paciente desde la postura de acompañamiento en el sufrimiento.

Es importante en este momento distinguir la compasión -como virtud- de la empatía, misericordia y conmiseración. La misericordia implica una perspectiva desde la cual uno de los actores involucrados ejerce cierto grado de superioridad. La empatía se refiere a la capacidad para relacionarse emocionalmente con el prójimo. La conmiseración connota un historial desafortunado equivalente a la condescendencia; siendo por su parte que la compasión se centra en la experiencia compartida del sufrimiento ajeno.

- **Phrónesis:** Empleada por Aristóteles como la virtud referente a la sabiduría práctica, la capacidad moral de introspección y la capacidad para discernir entre una opción moral y el curso de acción consecuente. La *phrónesis* es una virtud intelectual que nos habitúa a buscar -activamente- la Verdad; razón por la cual ocupa un lugar espacial entre las virtudes, ya que vincula de manera práctica las virtudes racionales y aquellas que orientan al ser humano al desarrollo de un buen carácter.

En cuanto a la práctica médica, es importante mencionar que no existe una fórmula o cálculo por medio del cual el médico pudiera determinar la asertividad de su actuar clínico. Siendo pues, en este momento que se comprende el valor integrador de la *phronesis* como ejercicio de la prudencia clínica y el desarrollo de habilidades competentes y pertinentes de razonamiento clínico-práctico.

- **Justicia:** La virtud de la justicia hace referencia a lo que es debido a los demás; sin embargo, implica una complejidad racional en este sentido, ya que con base en la concepción de que toda persona posee dignidad y que los actos humanos, son mucho menos que perfectos, es real y prácticamente imposible ser demasiado justo. Estas reflexiones toman valor en cuanto a la distribución y la racionalización de los servicios de salud, en un mundo globalizado, donde la búsqueda del bien común ha sido relegada como criterio rector.

Pellegrino describe 3 tipos de justicia fundamentales al hablar de la virtud: 1) distributiva, en cuanto a la distribución y administración de recursos, dando peso -verdadero- a criterios como

la dignidad en lugar de valores utilitaristas 2) conmutativa, favoreciendo así la igualdad entre lo que se da y lo que se recibe (sin facilitar una más que la otra) y 3) rectificadora, en donde con justicia se restaura la equidad al superar o corregir una injusticia; los cuales tienen sentido aplicados a la relación médico-paciente actual, en donde la justicia no puede ser comprendida sino más bien dentro del marco de la medicina centrada en el paciente, donde se involucre al paciente -de manera integral- en la toma de decisiones conjunta, ya que como individuo es parte fundamental de la justicia el respeto de su libertad.

- **Fortaleza:** La fortaleza, desde la perspectiva de la ética de las virtudes, debe ser comprendida como el coraje -esencialmente- moral, más allá de la concepción física, a veces connotada. Como en todas las virtudes, la fortaleza hace referencia a la constancia en la práctica; de modo que es definida como el firme -coraje- y la resistencia -paciente- ante el sufrimiento, el dolor y la adversidad; no es un acto individual aislado, sino por el contrario, es un acto consciente y constante como respuesta ante las circunstancias que rodean a quien ejercita la virtud.

La medicina como ciencia y arte implica, en sí misma, una constante exposición a circunstancias complejas, en donde se vislumbra la vida y la muerte, la luz y la oscuridad que rodean al ser humano; de modo que se vuelve fundamental en el médico, aquel que acompaña a su paciente, desarrollar conscientemente la virtud de la fortaleza, de modo que pueda sostenerse y sostener aquellos que le han sido confiados.

- **Templanza:** Tradicionalmente, la virtud de la templanza es considerada como aquella que permite al individuo controlar sus apetitos y pasiones, eligiendo en todo momento el mayor bien posible tanto para el cuerpo como para el alma. Es una virtud, tal vez, poco promovida o comprendida en nuestra sociedad actual, lo que lo vuelve -sin duda- en una virtud compleja, pero muy necesaria, para orientar de manera concreta nuestro actuar fundado en una profunda concepción ética de la realidad.

El corazón y el alma de la práctica virtuosa de la medicina implica una vivencia plena de la templanza como aquella virtud que permita orientar en todo momento una vigilancia activa y constante hacia la protección de la dignidad humana tanto de los pacientes como de los médicos en la búsqueda del bien común.

- **Integridad:** El conocimiento, sin integridad, se vuelve sumamente peligroso e incluso terrible. La virtud de la integridad -en la práctica clínica- es sin duda el concepto más fundamental. Etimológicamente hace referencia a aquello que es completo, con un adecuado orden, en balance y armonía entre las distintas dimensiones que conforman la existencia del ser humano (entidad biológica, psicológica, social y espiritual). La integridad es tal vez la cualidad más buscada en un médico, ya que como fundamento permite construir las demás bases para una adecuada relación médico-paciente. La relación de acompañamiento, de sanación

y curación surge a partir de la vulnerabilidad del paciente, quien encuentra en su médico alguien íntegro (con conocimiento, habilidades y profesionalismo) digno de confianza. La integridad como concepto virtuoso, nos permite -hasta cierto punto- englobar a la ética de las virtudes. Es un proceso dinámico y consciente que permite al ser humano, ir satisfaciendo día con día su aspiración de trascendencia²⁰.

La dinámica de la relación médico-paciente en la COVID-19

Declarada oficialmente pandemia el 11 de marzo del 2020, el brote de neumonía por el virus SARS-CoV-2, mejor conocido como Coronavirus 2019 (COVID-19) en Wuhan, provincia de Hubei, China en diciembre de 2019²¹ generó la contingencia sanitaria 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. A partir de estas nuevas políticas de prevención surgió una necesidad por replantear la forma en la que los seres humanos interactúan y socializan, así como en la forma en que la medicina debía ser ahora practicada. Ejemplo de ello es el replanteamiento de las políticas públicas en materia de salud y atención social, así como la falta de preparación de los estados para contrarrestar una emergencia sanitaria de estas características²².

Todo esto dio lugar a deficiencias claras 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 adaptada a las nuevas circunstancias, la falta de equipo de protección personal y medicamentos insuficientes, evidencias todas ellas de que los recursos públicos deberían tomar las necesidades sociales del enfermo como eje primordial y no solo a la enfermedad en sí.

A pesar de los cimientos sobre los cuales se fundamenta la relación médico-paciente, esta tiene un comportamiento incierto pues, como se mencionó anteriormente la relación médico-paciente está sujeta a diversas determinantes²³, más allá de la necesidad de preservar la integridad corporal del paciente. La pandemia fue el ejemplo más claro.

Una de las relaciones sociales que más ameritan un contacto estrecho es, como ya se mencionó, la relación médico-paciente que ha tenido que adaptarse a la tecnología que, lejos de considerarse una posible limitación social, se ha convertido en una fuerte herramienta de vinculación entre ambos facilitando el flujo de información a través de los medios de comunicación y redes sociales²⁴.

A este uso de las tecnologías en el campo médico se le conoce como telemedicina, el cual se refiere estrictamente a la prestación de servicios médicos a través de medios de comunicación electrónicos, siendo potencialmente transformador, ya que mitiga los problemas de transporte, lleva la atención a las comunidades rurales y disminuye los tiempos de espera y los costos médicos²⁵. Esta “nueva” modalidad de interacción entre médico-paciente a partir

de los medios de comunicación, representa otra perspectiva de los alcances de la tecnología médica, ya que permite llevar la relación médico-paciente a otro nivel al acercarla a donde antes no existía.

Sin embargo, ante los beneficios expuestos sobre la telemedicina vale la pena cuestionar algunas problemáticas desprendidas de ésta que pueden poner en riesgo la relación entablada entre ambos agentes y que quedaron en evidencia en esta crisis sanitaria.

En un primer momento hay que decir que arte de la responsabilidad dual de la relación médico-paciente reside en la capacidad para establecer límites con respecto a la intimidad y nivel de confianza. Dado que dentro de los parámetros de evaluación del paciente a menudo implica un intercambio de información considerada altamente personal, exploración física y procedimientos invasivos, exponiendo muchos de los momentos más vulnerables de la vida del individuo, es por ello que, tanto el Colegio Americano de Médicos (American College of Physicians) como la Asociación Americana de Médicos (American Medical Association) se han visto en la necesidad de establecer guías para los profesionales de la salud en el uso de los medios sociales (*Social Media*) para mantener el profesionalismo en línea²⁶. La telemedicina puede llegar a entorpecer o estropear por completo la confianza que es el pilar básico de la relación médico-paciente de no mantener aquellas virtudes que siguen fortaleciendo la relación tales como la compasión, la justicia y la fortaleza. Es por esto que las virtudes ayudan a construir y mantener esa confianza fundamental aún a pesar de la distancia y la conectividad a distancia.

Un segundo problema es que la telemedicina requiere capacitación para un empleo estandarizado, sin embargo, los profesionales de salud menos diestros en los medios digitales no parecen muy dispuestos en general a su adaptabilidad.

Misma situación puede ocurrir en los pacientes que no están familiarizados con el uso de la telemedicina, ya que, al estar acostumbrados a la interacción presencial con su médico, el empleo súbito de la esta por necesidades sanitarias en la pandemia puede resultar contraproducente en su atención médica ya que esta modalidad de atención requiere de una estricta adherencia terapéutica que no puede ser valorada de forma certera por el médico ante la imposibilidad de una evaluación presencial²⁷.

Un tercer aspecto que modificó la relación entre el paciente y el médico condicionado por la situación de pandemia fue la falta de conocimiento en torno al COVID-19 e incertidumbre respecto a la situación de crisis en general resaltando una actitud de distanciamiento y tensión emocional desarrollada por parte del paciente hacia su médico²⁸. Lo que derivó a diagnósticos tardíos, cuadros más severos, agravamiento de otras enfermedades subyacentes, tratamientos incompletos, olvidos y descuidos en esquemas básicos de vacunación²⁹, etc.

A pesar de ello, la implementación de esta nueva modalidad de acercamiento hacia los pacientes ha generado un vínculo mayor con los médicos tratantes y un avance en la tecnología utilizada para brin-

dar este tipo de servicio. Ya en varios sitios del mundo se está optando por la opción de las consultas en línea dada la facilidad de llegar a pacientes en sitios remotos y el desarrollo de infraestructura necesaria³⁰. Esto se convierte en un partaguas en el actuar del médico y en la forma de interactuar con pacientes, presentando una alternativa a la práctica clínica y un paso de la que se daba junto a la cama del paciente y la cada vez más frecuente “clínica” con el paciente en su cama.

Esta relación médico-paciente no tiene que darse necesariamente cara a cara y presencialmente, también es posible encontrar medios que ayuden a seguir fomentando la búsqueda del bien de ambos y la puesta en práctica de las virtudes antes mencionadas, pero hace falta regular estas opciones como la telemedicina para que sean bienes al servicio de las personas y no viceversa. Debemos entonces conservar el fin primario de la medicina y llevarlo a trascender las pantallas y otras tecnologías.

La relación médico-paciente -como fundamento nuclear-, no puede sino estar fundada en una profunda ética de las virtudes, en donde el médico y su paciente presentan su humanidad, vulnerable, entablando así una relación -integral- fortalecida y mantenida no solo por medios tecnológicos, sino por un profundo sentido bioético del actuar profesional.

Conclusiones

Pellegrino y Thomasma identificaron la crisis humanística de la medicina, reconociendo en la misma, la esencia interna (crisis de valores y virtudes), donde el desplazamiento de la relación médico-paciente a aspectos meramente secundarios, ha tenido una influencia palpablemente negativa en el ejercicio contemporáneo de la profesión; motivo por el cual, la actual crisis epidemiológica, ha de despertar y motivar la reflexión en este sentido, comprender el vínculo -contractual- entre el médico y su paciente desde una perspectiva personalista, que promueva de manera directa el desarrollo antropológico y trascendental del ser humano.

No se puede aspirar al ejercicio integral de la profesión médica, sin un profundo apego a la ética de las virtudes que implica “la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades”. Reconocer la vulnerabilidad del ser humano en un momento tan crítico como la enfermedad, centraliza y fundamenta la necesidad imperante de profundizar en aspectos críticos de virtudes tales como: confianza, compasión, *phrónesis*, justicia, fortaleza y templanza vinculadas todas desde la perspectiva integral del ser humano.

La relación interdependiente entre todas las virtudes estudiadas orienta la reflexión de que la medicina en sí misma es una virtud cuando es practicada y ejercida en conjunto y colaboración con el paciente. Tanto el paciente como el médico encuentran un punto de unión en el desarrollo de la ética de las virtudes como parte del proceso holístico del sanar, curar y acompañar. Motivo por el cual, reconocer en el acto médico un medio concreto que permite al ser humano trascender, es crucial, para de este modo poder retornar el alma y el corazón a las

Ciencias Médicas y salvaguardar el fin legítimo de la relación aún a pesar de los cambios inesperados de circunstancias y entornos como lo fue la pandemia por COVID-19 en el mundo.

Referencias

1. Considerar los valores y preferencias del paciente ha sido un paso indispensable en el análisis de casos clínicos puesto que brinda pautas para en la medida de lo posible, personalizar tratamientos y esquemas de atención logrando con ello una mayor adherencia terapéutica al tiempo que eleva el nivel de confianza en la relación. Esto queda plasmado explícitamente en varias metodologías de abordaje y resolución de dilemas en casos clínicos, resaltándose, más fuertemente en la denominada "Four topic chart" de Jonsen, Siegler y Winslade. Jonsen, A. Siegler, M. Winslade, W. *Clinical Ethics*. Mc-Graw Hill, Nueva York, 2015, 49-110.
2. Aristóteles decía que la búsqueda de la felicidad en el hombre es la búsqueda del bien más perfecto en cuanto que es por sí mismo y no se busca por nada más; así, buscamos naturalmente la felicidad y lo hacemos a partir de ordenar la actividad humana al bien y a la virtud. Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, Libro II. Gredos, Madrid, 2000, 1097a-1097 b, 1098a-1098 b, 1099 a.
3. Sgreccia, E. *Personalist Bioethics*, National Catholic Bioethics Center, Philadelphia, 2012.
4. O'Rourke, K. *Medical Ethics*. Washington, Georgetown University Press, 2011, 7.
5. *Ibid.*, 220-221.
6. *Ibid.*, 221.
7. Cabe resaltar aquí que, si bien se ha desvirtuado el valor del consentimiento informado y reducido a un mero trámite expresado en papel, éste debe ser un proceso dinámico de transmisión de la información por parte del médico y la recepción de la misma por parte del paciente, el intercambio de ideas y de opciones de tratamiento respecto del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, con vistas a que el paciente las acepte y/o rechace. Aún con un consentimiento informado, el paciente puede rechazar el tratamiento en función de ser él el agente primario en la relación y en quien recaen las decisiones sobre su salud y su vida. Drane, J. *Clinical Bioethics*. Sheed and Ward, Kansas City, 1994, 121-137.
8. Lo, B. *Resolving ethical dilemmas*. Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia, 2009, 179.
9. Beauchamps, T. Childress, J. "The promise of the beneficence model for medical ethics". *Journal of Contemporary health law and policy* 6. Estados Unidos. 1990; 145-155.
10. Lo, B., op. cit. 34.
11. Es por ello por lo que el consentimiento informado debe tener los siguientes elementos: conocimiento e información, entendimiento de la misma y libertad o no coacción. O'Rourke, K., op. cit. 17.
12. *Ibid.*, 224.
13. Aristóteles., op cit. 1103a.
14. Swanton, C. *Virtue Ethics: A Pluralistic View*, Clarendon Press, Oxford, 2005, 19.
15. Lyon, W. "Virtue and medical ethics education". *Philosophy, Ethics & Humanities in Medicine*, 2021; 16(1), 1-4.
16. Brussino, S. "Ética de las Virtudes y Medicina (II)". *Tópicos*, 2001, 43-58.
17. Pellegrino, E. Thomasma D. *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, Oxford, 1993, XI-XIV.
18. Félix, J. Cerdio, D. Del Campo, E. Gutiérrez, R. Castro, L. Cedillo, A. "Relación médico-paciente e inteligencia emocional, un reto en la educación médica". *Medicina y Ética*, 2021; 32(3), 635-649.
19. Torruco, U. Ortiz, A. Varela, M. et al. "Desarrollo de competencias en el pregrado: un modelo con actividades profesionales confiables (APROC)". *Gac Med Mex*. 2016; 152(2), 173-190.
20. Pellegrino y cols., op.cit. 161-162.
21. Ge, H., Wang, X., Yuan, X., Xiao, G., Wang, C., & Deng, T. et al. "The epidemiology and clinical information about COVID-19". *European Journal Of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 39(6), 2020, 1011-1019.
22. Hincapié, J. "COVID-19 y la relación médico-paciente". *Revista CONAMED*, 25(S1), 2020, 55-60.
23. Urbina, R. Hernández, C. Hernández, I. Fernández, M. Irigoyen, A. "Análisis psicodinámico de la transferencia y contra-transferencia en la formación de médicos familiares en México". *Atención Familiar*, 22(2), 2015.
24. García, J. "Covid-19 y biopoder: cómo resistir la normalización de una crisis". *Revista De Medicina Y Ética*, 32(1), 2021, 65-85.
25. Busso M, González M, Scartascini C. [Publicación en línea] "El auge de la telemedicina en medio de la COVID-19 - Ideas que Cuentan". Inter-American Development Bank. 2021 <https://blogs.iadb.org/ideas-que-cuentan/es/el-auge-de-la-telemedicina-en-medio-de-la-covid-19/> [Consultado: 7/08/2021].
26. Caballero, C. "E-pacientes y la relación médico-paciente". *Salud Uninorte*, 29(2), 2013, 6-10.
27. Gomes, V. Rodrigues, R. Gomes, R. Gomes, M. Viana, L. Silva, F. "The doctor-patient relationship in the context of the COVID-19 pandemic". *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 66(2), 2020, 7-9.
28. Colas, K. "Unexpected Intimacies". *Anthropology In Action*, 27(2), 2020, 20-27.
29. Causey, K. Fullman, N. Sorensen, R. Galles, N. Zheng, P. et al. "Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modelling study". *The Lancet*, 398, 2021, 522-534.
30. Sandoval, J. Monraz, S. Benítez, R. Mireles, E. "Utilidad de la telemedicina en las enfermedades respiratorias". *NCT Neumología y Cirugía de Tórax*. 79(1). 2020, 6-12.