

Deber de socorro del profesional sanitario en situaciones de desastre: ¿una obligación contractual?

Medical Professionals providing assistance in a disaster situation; is it a contractual obligation?

*Claudia Donoso Sabando**

Resumen

Los distintos eventos extraordinarios a los que se puede ver sometida una comunidad constituyen realidades imposibles de evitar, pero ello no impide una preparación activa para hacer frente a las consecuencias de su aparición. Claramente las instituciones sanitarias juegan un rol protagónico en la labor de contención y manejo de los distintos tipos de crisis. Dentro de este contexto la respuesta profesional positiva al “deber de socorro” constituye uno de los puntos clave para el buen funcionamiento del sistema de respuesta. Y pese a que este deber constituye una tarea propia de los quehaceres profesionales, la peculiaridad que conlleva este tipo de situaciones, en no pocas veces, coloca en entredicho el alcance de aquellas obligaciones, y al parecer, no serían suficientes para responder a los requerimientos exigidos. Por lo mismo, pareciera necesario extender el campo de preocupación hacia la promoción de los valores que promueve la profesión médica.

Palabras clave: deber de socorro, ética médica, responsabilidad profesional, obligación moral, desastres.

Abstract

Different extraordinary events, to which communities can be subject to, are realities that are impossible to avoid, but this does not prevent an active preparation to face their consequences. Clearly, medical institutions play a leading role in the task of control and management of different types of crises. In this context the positive expert response to the “Duty of providing assistance” is one of the key points in the proper preparation of the response system. Although this duty is a task for professionals, the characteristics associated with these types of situations, regularly call into question the extent of those obligations, and it appears that they are not enough to respond to the requirements needed. Therefore, it seems necessary to extend the field of concern to promote the values fostered by the medical profession.

Keywords: duty to care, medical ethics, professional responsibility, moral obligation disaster.

Resumo

Os vários eventos extraordinários aos quais uma comunidade pode ser submetida constituem realidades inevitáveis, mas isso não impede uma preparação ativa para enfrentar as consequências de sua ocorrência. Claramente, instituições de saúde desempenham um papel de liderança na tarefa de contenção e manejo de diferentes tipos de crise. Dentro deste contexto, a resposta positiva do profissional para o “dever de prestar socorro” é um dos pontos-chave para o bom funcionamento do sistema de resposta a estes eventos. Embora esta obrigação seja uma tarefa própria dos afazeres profissionais, a peculiaridade associada a este tipo de situação, muitas vezes põe em questão a abrangência dessas obrigações, e, aparentemente, não seriam suficientes para responder à exigência das demandas. De igual maneira, parece necessário estender o âmbito de preocupação considerando os valores inerentes à profissão médica.

Palavras-chave: dever de prestar socorro, ética médica, responsabilidade profissional, obrigação moral, desastres.

* Cirujano-Dentista. Magíster en Bioética. Docente Departamento Estomatología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Talca. Chile. cldonoso@utalca.cl

1. Introducción

El sábado 27 de febrero del año 2010 cambió la historia de muchos chilenos. La tierra los despertó de madrugada, no había energía eléctrica y tampoco comunicación. Casas derrumbadas, puentes cortados, escuelas en los suelos y hospitales dañados o simplemente a punto de colapsar. Se dice que el comportamiento de la ciudadanía fue muy variado “desde el altruismo de salvar a otros, a costa de la propia seguridad, hasta el saqueo descontrolado al amparo del caos social desencadenado por el evento desastroso” (Kottow 2010:46). A medida que transcurrían las horas se incrementaba el número de damnificados y fallecidos, y los heridos llegaban a los centros de atención -que habían logrado mantenerse activos- en busca de auxilio.

Una catástrofe como la vivida por este país, sirve para ejemplificar algunas de las dinámicas a las que se ve sometida una sociedad durante este tipo de circunstancias, ya que es importante tener en cuenta que el significado en torno a los distintos conceptos que se utilizan para definir este tipo de fenómenos, a saber: emergencia, desastre, catástrofe y cataclismo¹, no encuentran su definición en torno al fenómeno destructivo en sí, en este caso un sismo de gran magnitud, sino en el nivel de respuesta y efectos sociales que se generan producto de aquel. Maturana al respecto señala que es un error común asociar la palabra desastre con el fenómeno destructivo que golpea a una comunidad, porque:

1 *Emergencia*: situación que aparece cuando, en la combinación de factores conocidos, surge un fenómeno o suceso que no se esperaba, eventual, inesperado y desagradable por causar daños o alteraciones en las personas, los bienes, los servicios o el medio ambiente, sin exceder la capacidad de respuesta de la comunidad afectada (Universidad de Alicante 2015).

Desastre: suceso que causa alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el medioambiente, excediendo la capacidad de respuesta de la comunidad afectada (Universidad de Alicante 2015).

Catástrofe: agrega a la definición anterior, la desaparición de sus efectores sociales principales y de sus servicios indispensables para la calidad de vida de una comunidad (Maturana 2010:5).

Cataclismo: es la transformación o destrucción de gran parte de un determinado biotopo, con gran extensión de daño a los sistemas ecológicos y a causa de fenómenos naturales (Maturana 2010:5).

se confunde el evento detonante de la crisis: terremoto, temporal, erupción volcánica, aluvión, incendio, etcétera; con el proceso humano social y económico al que se llega críticamente, cuando estas amenazas de origen natural o de causa humana, hacen emerger vulnerabilidades preexistentes que no pueden ser resueltas y/o enfrentadas con éxito por una sociedad limitada en sus recursos y capacidades (Maturana 2015:125).

En consecuencia, la aparición de un desastre en una comunidad tendrá más que ver con el nivel de desarrollo de ésta que con el fenómeno destructivo en sí. Por consiguiente, lo que es un desastre para una comunidad determinada puede que no lo sea para otra.

Una vez que el desastre se ha desarrollado, las consecuencias portadas por aquel exigen respuestas de ayuda en forma inmediata, siendo la respuesta asistencial en salud un eje central dentro de los diversos organismos de contención. Lamentablemente, el tipo de contestación de los profesionales sanitarios a este tipo de eventos no siempre ha resultado ser afirmativa; no obstante, cuando las respuestas de ayuda son desplegadas, el campo de acción de estas, en no pocas ocasiones, transita desde el campo de la erogación hacia el de la supererogación. Por lo mismo, parece que las respuestas requeridas en este tipo de circunstancias no siempre podrán fundamentarse en base a las obligaciones profesionales adquiridas, ante lo cual se propone que el soporte de aquellas podría encontrar su arraigo en un fuerte compromiso del sujeto con el profesionalismo.

2. Responsabilidad, una característica exclusivamente humana

Es así como el profesionalismo entendido como “un esfuerzo por re-articular y re-enfatizar los valores que han caracterizado tradicionalmente a la medicina” (Horwitz 2006:523), y su declaración de “colocar el interés del paciente por encima de los del médico, establecer estándares de competencia e integridad y proveer asesoría experta

a la sociedad" (Figuerola 2006:252), constituyen principios generales que exigen una fundamentación moral para comprender el trasfondo de la responsabilidad profesional detrás de aquellos compromisos.

Ricoeur explica que el término responsabilidad está bien fijado desde el punto de vista jurídico, ya sea desde la perspectiva del derecho civil mediante la reparación del daño causado, como desde el panorama del derecho penal en el sentido de soportar el castigo (Ricoeur 1997). Sin embargo, la responsabilidad no remite exclusivamente a la imputabilidad de los actos, sino que abarca un escenario mucho más complejo, constituyendo una característica propia de lo humano. Se afirma que no sólo somos responsables por nuestros comportamientos *ex post facto*, sino que también somos responsables por el otro, por aquel que exige mi acción. Jonas indica que:

aquello por lo que soy responsable está fuera de mí, pero se halla en el campo de acción de mi poder, remitido a él o amenazado por él (...). Las circunstancias o un convenio han puesto bajo mi custodia el bien-estar, el interés, el destino de otros, y eso significa que mi control sobre ellos incluye también mi obligación para con ellos (Jonas 1995:163-165).

Pero, ¿por qué los humanos están condicionados a ser responsables y ésta es una característica de la que no pueden prescindir? Al parecer, ello se justifica en base a la capacidad de elección del sujeto, por la cual este es competente para generar una representación del fin, y además, manifestar una intención por alcanzar ese fin. Se dice que "la intención es lo que hace significativo y humano lo que de otra manera sería un puro evento natural" (Estevez 2008:121). De acuerdo a Kant, esta capacidad de elegir y perseguir determinados fines sería una expresión de la libertad humana que posee el sujeto de la razón práctica, aquel sujeto capaz de voluntad autónoma, y por lo mismo, preparado para el autogobierno. De ahí la concepción kantiana del hombre como fin en sí mismo, porque elige sus fines y además es capaz de definirse a sí mismo. (Villacañas 1999). En otras palabras, esta capacidad de elegir signi-

ficaría que el hombre está "obligado a sí mismo", es decir, forzado a realizarse, porque su ser no es una realidad cerrada sometida al determinismo o a los instintos, pues de ser así no tendría sentido hablar de libertad pues todas las acciones estarían fijadas por el logro de un determinado fin que la naturaleza dispone sobre las partes. Es por ello que Zubiri afirma que el hombre no está ajustado al orden natural, y por lo tanto, le urge justificarse -claro está que el hombre por pertenecer a la naturaleza es poseedor de algunos instintos, pero aquellos son muy limitados y rudimentarios si se comparan con los que poseen los animales para lo cual precisa ejercer una apropiación de posibilidades, la llamada experiencia moral. Se dice que "los animales actúan por selección de estímulos, y por eso su horizonte es el de la justeza natural. El hombre es libre, actúa por elección, por eso su horizonte es el de la justicia moral" (Gracia 2008:504). Siguiendo en esta misma línea se afirma que "el hombre se apropia las posibilidades apropiadas, y por consiguiente da figura real y efectiva a aquello a que el hombre está debido, a saber, a su propia felicidad" (Gracia 2008:500).

Por consiguiente, los humanos como seres libres y en consecuencia morales, están obligados a elegir fines, lo que demanda una deliberación acerca de los medios para el alcance de aquellos fines o posibilidades, y "responder a través de posibilidades es lo que llamamos responsabilidad (...). Todos los seres vivos responden de una u otra forma a los estímulos. Pero sólo los hombres son responsables" (Gracia 2008:503). Por eso es que Jonas dice que basta con que exista la capacidad, para que se manifieste la facticidad de la responsabilidad (Jonas 1995). En pocas palabras, si soy libre de elegir estoy obligado a responder y de hacerme responsable de mis actos y de los otros.

Ahora, ¿por qué el yo ha de hacerse responsable del otro, si ese otro también es humano, y por lo tanto un ser responsable? Porque durante su existencia el sujeto se reconoce como perteneciente al mundo de lo vivo, pues participa de la transitoriedad, vulnerabilidad y fragilidad propia de los seres vivos, pero también da cuenta de que comparte algo único con el resto de su espe-

cie, que es lo humano. De tal manera que cuando ese otro humano frágil, desvalido y sufriente se planta frente al yo, se espera de este último un sentimiento vinculante hacia ese otro, por el simple motivo de que los fines de aquel perfectamente pueden ser asumidos como fines propios. Este sentimiento de responsabilidad sería capaz de impeler a la voluntad a realizar las verdades descubiertas por la razón, a saber: actuar y hacerse responsable por el otro que exige la acción, de tal manera que “la alteridad tome posesión de mi responsabilidad” (Jonas 1995:156).

En esta misma sentido es importante destacar que Schopenhauer declara que la compasión (querer el placer ajeno) sería la única fuente de los actos morales, la cual tendría una manifestación mínima a través de los deberes de justicia o deberes perfectos (lo que no debo hacer con otros), y una máxima expresada en los deberes de caridad o deberes imperfectos (ayudar a los otros). Cuando la compasión adquiere su expresión máxima, no solo no daña, sino que también ayuda al otro. Es por esto que como dice Schopenhauer,

El individuo será movido por aquel motivo puramente moral a ofrecer por la necesidad o la exigencia del otro un mayor o menor sacrificio, que puede consistir en el empleo de mis fuerzas, en mi propiedad, en mi salud, libertad, o incluso en mi vida (Schopenhauer 2007:271),

de esta manera “el compasivo actúa sustituyendo su propio querer individual por el querer de otro individuo” (Savater 1999:509).

En consecuencia, las muestras de compasión y solidaridad tantas veces registradas durante aquellas situaciones límite que afectan la existencia, debiesen constituir respuestas inmediatas y naturales del ser humano frente al otro frágil y sufriente. La solidaridad y la compasión no son limosnas, sino respuestas a una obligación que se nos impone, y nos despierta, y nos hace al fin y al cabo, seres humanos. El contenido presente en la Carta Humanitaria del Proyecto Esfera da cuenta de ello, ya que los fundamentos en torno a los principios, funciones, responsabilidades y normas mínimas se basan en “la convicción de

que se deben adoptar todas las medidas posibles para aliviar o evitar el sufrimiento humano provocado por conflictos o calamidades” (Proyecto Esfera 2004:18).

3. Las reglas de la moralidad como ingredientes de la buena convivencia

Anteriormente se hizo referencia a la fragilidad constitutiva de los seres vivos. En el caso particular del ser humano -el cual, al parecer, detentaría el rango de una de las criaturas más frágiles, principalmente a causa de los limitados instintos naturales que posee- aquella lo coloca en una situación de mutua interdependencia no sólo para sobrevivir, sino también para vivir, y vivir bien. Respecto a ello Conill y Cortina citando McIntyre resaltan “la importancia moral del reconocimiento de la vulnerabilidad y la dependencia, a diferencia en el énfasis en la autonomía del individuo” (Conill y Cortina 2012:122).

Y en este reconocimiento de la interdependencia como clave para la superación de la fragilidad, la sociedad ha estructurado ciertos patrones culturales que actúan contra la falta de simpatía existente en un colectivo humano. Se dice que esta falta de simpatía entre los sujetos podría deberse a una deficiencia en el instinto para vivir en comunidad. Sandel parafraseando a Hume sostiene que la justicia sería necesaria debido a ciertas condiciones desafortunadas de la sociedad, en otras palabras, la justicia estaría presente a causa de la ausencia de virtudes nobles entre los sujetos (Sandel 2000). Rawls (1995) por su parte, indica que algunas de las características de la personalidad moral de las partes ubicadas en la posición original son el egoísmo y el desinterés mutuo. En tanto Hobbes, entiende las relaciones entre los hombres como naturalmente hostiles, crueles y desvinculadas de todo lazo social, ante lo cual la asociación bajo una autoridad parece constituir la única manera de lograr la paz necesaria para la supervivencia. En pocas palabras, “debemos concluir que el origen de todas las sociedades grandes y estables ha consistido no en una mutua buena voluntad de unos hombres para con otros, sino en el miedo mutuo de todos entre sí” (Rodríguez 1999:77). En general, esta

es la línea del pensamiento liberal que considera al sujeto como un individuo presocial y desconoce cualquier vínculo comunitario constitutivo, entendiendo a la comunidad como una instancia exclusivamente cooperativa que se establece a través del consentimiento de las partes. La respuesta liberal sostiene que para responder a esta carencia de vínculos comunitarios constitutivos, los individuos han establecido ciertas conductas que han sido enseñadas y socializadas entre los sujetos, constituyendo de esta manera posibilidades de convivir en la realidad, y que por la misma razón, son transmitidas a través de la historia. Esta es, para el liberalismo, la llamada moralidad común. Autores como Alexandra y Miller utilizan la definición de Gert para explicar esto, la moralidad es

un acuerdo social que sirve a ciertos propósitos como aminorar el sufrimiento de aquellos daños que todas las personas racionales quieren evitar: muerte, dolor, discapacidad, pérdida de libertad y pérdida de placer (Alexandra y Miller 2009:71).

Para estos efectos también resulta oportuna la definición de Beauchamp, quien define la moralidad común como:

un conjunto de normas compartidas por todas las personas comprometidas con los objetivos de la moralidad. Los objetivos de la moralidad son aquellos que promueven el florecimiento humano, contrarrestando las condiciones que causan que la vida de las personas empeore (Beauchamp 2003:260).

Strong citando a Gert explica que

la moralidad común es pública en el sentido de que todos los agentes morales 1) entienden lo que se exige, permite, prohíbe y favorece y 2) pueden racionalmente aceptar ser guiados y juzgados por ésta (Strong 2007:535).

El resultado práctico de lo anterior, es que los seres humanos han sido capaces de establecer ciertas normas, afirmando que determinadas acciones son correctas como medios para la prose-

cución de los fines de cada quien, ya que favorecen el bienestar individual y social. En tanto, otras actuaciones son catalogadas como incorrectas por no estar orientadas al bien de las personas y la comunidad. Todas ellas reciben el nombre de reglas e ideales de la moralidad común.

Alexandra y Miller indican que dentro del sistema de la moralidad común, Gert establece una diferencia entre reglas e ideales morales. Las reglas de la moral común se caracterizan porque nos prohíben hacer daño. Hay 10 reglas, las cuales se dividen en 2 grupos. Las reglas de ambos grupos nos obligan a no hacer actos que podrían causar los cinco tipos de daño que cualquier persona racional querría evitar: muerte, dolor, discapacidad, pérdida de libertad y pérdida de placer. Las primeras cinco reglas morales –“no matar, no causar dolor, no incapacitar, no privar de libertad, no privar de placer” (Alexandra y Miller 2009:71)- prohíben acciones que provocan directamente estos daños. Las otras cinco reglas –“no engañar, mantener las promesas, no estafar, obedecer la ley, cumplir el deber” (Alexandra y Miller 2009:71)- prohíben aquellas acciones que podrían causar indirectamente los cinco daños básicos mencionados anteriormente. Por otro lado, los ideales morales también persiguen reducir o evitar el daño, pero además, éstos últimos estimulan a las personas a prevenir o aliviar el daño que las reglas morales prohíben causar. En consecuencia, los ideales morales estimulan acciones positivas, no tienen un carácter obligatorio ni punitivo, y son motivo de premio o alabanza, en tanto las reglas morales son obligatorias y su incumplimiento es reprobado y castigado.

Beauchamp da una visión similar respecto a este tema. Para él las reglas morales también son determinadas en base a diez premisas, las cuales poseen un carácter público y obligatorio, a saber:

no matar, no causar dolor o sufrimiento a otros, prevenir que el mal o el daño ocurran, rescatar a las personas en peligro, decir la verdad, nutrir al joven y dependiente, mantener las promesas, no robar, no castigar al inocente, tratar a todos con igual consideración (Beauchamp 2003:260).

Paralelamente a los ideales morales de Gert, Beauchamp establece diez virtudes morales: “no malevolencia, honestidad, rectitud, escrupulosidad, integridad, fidelidad, gratitud, veracidad, afectuosidad, amabilidad” (Beauchamp 2003:260). Estas, al igual que los ideales morales de Gert no son obligatorias pero sí ampliamente admiradas y promovidas en la comunidad.

Tanto las propuestas de Gert como de Beauchamp apuntan a un mismo objetivo: favorecer las acciones en pro del bienestar de la comunidad, porque reconocen en la interdependencia la clave para el desarrollo integral de los sujetos. Esto se ve también en Mill quien refleja claramente la importancia del vínculo comunitario durante todo el desarrollo de su obra titulada *El Utilitarismo*. El principio de utilidad o principio de la mayor felicidad propuesto por él, sostiene que “las acciones son correctas en la medida en que tienden a promover la felicidad, incorrectas en cuanto tienden a producir lo contrario de la felicidad” (1984:45-6). Por su parte Locke establece que en la sociedad civil se encontraría la fórmula para superar las inconveniencias que trae el estado de naturaleza (Camps 1999), y Rousseau en su obra titulada *El contrato social*, advierte que la creación del orden social constituye la vía para vencer los obstáculos que se presentan a medida que el hombre se va alejando del estado de naturaleza primitivo: “este paso del orden natural al social es beneficioso para los individuos” (Rousseau 2010:25).

Al observar las 10 reglas morales, ya sean las enunciadas por Gert o Beauchamp, se concluye que éstas impondrían ciertos deberes morales positivos y negativos. Malm y cols. explican que “los deberes positivos son aquellos que nos obligan a hacer algo para ayudar a otros. En contraste, los deberes negativos nos obligan a no hacer algo que podría dañar a otros” (Malm, May, Francis y cols. 2008:6). En este mismo contexto es posible afirmar que las reglas morales generarían deberes naturales y adquiridos: “todos tenemos deberes naturales entre sí por el solo hecho de ser humanos, y deberes adquiridos en virtud de algo que hacemos” (Alexandra y Miller 2009:73).

Para interrelacionar las declaraciones anteriormente expuestas entre deberes positivos y negativos, naturales y adquiridos, podemos remitirnos a lo expuesto por Rawls en su obra *Una teoría de la justicia*. En cuanto al tema de los deberes Rawls declara que los deberes naturales son aquellos “que se nos aplican con independencia de nuestros actos voluntarios” (Rawls 1995:115). En otras palabras, son deberes aplicables a todas las personas en general y de manera incondicional, pues “su formulación muestra que ninguna acción vinculatoria, sea consensual o de otro tipo, es un presupuesto de su aplicabilidad” (Rawls 1995:116). Estos deberes naturales se pueden subdividir en dos categorías: deberes naturales positivos y negativos. Los primeros, se definen como orientados a la ayuda de los otros, en tanto los segundos, como los que exigen no hacer algo que podría dañar a otros. Ejemplos de este último tipo deber son: no matar, no causar dolor, no incapacitar, no privar de libertad, no privar de placer, no engañar, no estafar, no robar, no castigar al inocente, entre otros (Alexandra & Miller 2009:71), (Beauchamp 2003:260). Rawls declara que si bien estos deberes -tanto los positivos como los negativos- son aplicables a todos los ciudadanos, los deberes naturales negativos tendrían una mayor fuerza vinculante debido a los desastrosos efectos que la falla en tales deberes podría traer sobre la vida comunitaria (Rawls 1995).

Los deberes adquiridos son catalogados por Rawls bajo el principio de imparcialidad. Este principio -el de imparcialidad- abarcaría el ámbito de los actos voluntarios, que son los que se adquieren a través de compromisos, contratos, promesas, juramentos, etc., mediante la aceptación de los beneficios que prodiga una institución (Rawls 1995). Así, las obligaciones solo derivarían del principio de imparcialidad, de esta manera:

tenemos el deber natural de obedecer la constitución, o las leyes que regulan el derecho de propiedad (suponiendo que sean justas), mientras que tenemos la obligación de cumplir los deberes de un puesto que hemos logrado meritoriamente (Rawls 1995: 315).

4. Reglas de la moralidad y deber de socorro en desastres

Es posible entonces preguntarse, en el marco de este análisis ¿qué relación existe entre la cuestión de la vulnerabilidad humana, la necesidad de cuidado como sucede en los casos de desastres y el tema de las reglas de la moralidad? En estricto rigor, las reglas morales prohíben dañar directa o indirectamente a los otros, en tanto, los ideales morales alientan a entregarles ayuda: sea para evitar, prevenir o aliviar el daño. Pero esta distinción no es tan estricta ni bien delimitada como parece y el *continuum* que va desde las reglas a los ideales no tiene un punto de separación bien definido, sobre todo para el análisis de cuestiones como la que nos ocupa. El “deber de socorro”² en desastre, pertenecería al segundo grupo de las reglas morales de Gert “cumplir con tu deber” (*do your duty*) o a la regla moral “rescatar a las personas en peligro” de Beauchamp, y aunque el cumplimiento de esta declaración exige actuar positivamente -lo que correspondería a una actitud más orientada hacia la búsqueda de ideales que al cumplimiento de reglas- el no actuar de esta manera podría conducir inevitablemente a la generación de un daño en el otro, lo que lógicamente iría en contra de la esencia misma de las reglas de la moralidad, es decir, reducir la cantidad de daño sufrido.

2 Entendemos por deber de socorro “aquel deber que hunde su raíz última en el deber natural de solidaridad existente en un colectivo humano. Nadie puede eludir este sentimiento de solidaridad colectivo, por el cual se da apoyo a la persona necesitada, aunque en ello se comprometa el propio bienestar (...). En el caso del profesional sanitario, esta obligación adquiere un grado mayor de exigencia, dado que se le presupone una mayor familiaridad con las posibilidades de ayuda (Borrel, Júdez, Segovia y cols. 2001:263). En la literatura inglesa se hace referencia a dos conceptos que muchas veces son utilizados indistintamente; “*duty to treat*” y “*duty to care*”. Sin embargo, es importante comprender las diferencias y similitudes entre estos términos. Es así como el concepto “*duty to care*” podría estar aludiendo al deber de socorro transversal a todos los agentes, pues se declara que éste “debe ser visto como una obligación vinculante a todos y no sólo dirigida a los profesionales sanitarios” (Joint Centre for Bioethics Pandemic Ethics Working Group 2008). En tanto la palabra “*duty to treat*” estaría definida como “un asunto de la profesión” (Wallis 2011), es decir, un deber moral de proveer tratamiento, lo que en el idioma español podría homologarse con el “deber de no abandono” definido como el “deber de proporcionar o proseguir la atención clínica personalizada en circunstancias difíciles” (Borrel Júdez, Segovia y cols.. 2001).

En el contexto de la asistencia en emergencia la palabra *duty*³ tiene una doble connotación. Por un lado se refiere a lo que es moralmente exigible hacer a todos y cada uno de los agentes morales (Alexandra y Miller 2009), en razón de la reciprocidad que exige la vida comunitaria como condición fundamental para su funcionamiento. Respecto a ello Beauchamp y Childress afirman que:

aparte de las relaciones de contrato, una persona X tiene una obligación determinada de beneficencia hacia una persona Y, si y sólo si se cumplen cada una de las siguientes condiciones: 1) Y está expuesto al riesgo de una pérdida significativa o de un perjuicio para su vida o salud, 2) la acción de X es necesaria para prevenir esta pérdida o perjuicio, 3) la acción de X tiene alta probabilidad de prevenirlo, 4) la acción de X no representará riesgos, costes o cargas significativas para X, 5) el beneficio que Y puede esperar supera cualquier perjuicio, coste o carga en la que es probable que incurra X (Beauchamp y Childress 1999:252).

En otras palabras, si alguien está en peligro, y yo soy la única persona que lo puede auxiliar, a un mínimo costo para mi seguridad o mi vida, sería inmoral no prestar ayuda, sería inmoral no actuar positivamente, porque el objetivo final de este actuar es no dañar: se actúa, porque si no se actúa se daña.

La constitución chilena reconoce esta realidad y la declara en su Código Penal; libro III, título I (de las faltas), artículo 494:

sufrirán la pena de multa de una a cuatro UTM⁴; inciso número 14: el que no socorriere o auxiliare a una persona que encontrare en despoblado, herida, maltratada o en peligro de perecer, cuando pudiese hacerlo sin detrimento propio (Ley 20.830). Y en el artículo 496: sufrirán la pena de multa de 1 a 4 UTM; inciso nú-

3 La palabra “*duty*”, se puede traducir como deber, obligación o servicio.

4 UTM: Unidad Tributaria Mensual, su valor oscila mes a mes, el valor promedio del año 2015 es de 43.852 pesos chilenos.

mero 2: el que pudiendo, sin grave detrimento propio, prestar a la autoridad el auxilio que reclamare en casos de incendio, inundación, naufragio u otra calamidad, se negare a ello (Ley 20.830).

Sin embargo, en las circunstancias que rodean a la asistencia en desastre, la palabra “*duty*” adquiere su segunda connotación bajo la definición de “lo que es requerido por las circunstancias especiales, o por el rol de uno en la sociedad” (Alexandra y Miller 2009:73), por lo que el alcance de lo moralmente exigido y esperable es mucho mayor, como ocurre en el caso de la medicina. Y así como existe un deber natural de ayuda que vincula a todos los ciudadanos, existe igualmente una versión más exigente de este deber para las personas que se han adherido voluntariamente a una institución sanitaria, deber que bajo estas circunstancias adquiere el calificativo de obligación:

En el caso del profesional sanitario, esta obligación adquiere un grado mayor de exigencia, dado que se le presupone una mayor familiaridad con las posibilidades de ayuda. Como a todo ciudadano se le pedirá que haga lo que pueda y, al mismo tiempo, por su rol social, se considerará que es más grave, más maleficente que no lo haga (Borrel, Júdez, Segovia et al 2001:263).

Nótese que el autor utiliza la palabra obligación, la cual de acuerdo a Rawls emanaría del principio de imparcialidad, principio que se manifiesta cuando las personas ingresan voluntariamente a una institución. Rawls (1995) en su obra indica que los actos voluntarios se adquieren a través de compromisos, contratos, promesas, juramentos, etc. Por tanto, a través de la promesa, el juramento o el contrato al que el profesional se adscriba, se obliga a llevar a cabo aquellas acciones que son constitutivas del rol y entendidas por todas las partes relevantes.

Gracias a la existencia de esta obligación es que la población confía en que los sostenedores del rol asumirán mayores deberes que el resto del colectivo civil. Andre (1991) refuerza la idea anterior al indicar que para que un rol cumpla su función debe existir un ambiente de previsibilidad.

Más aún, la vida social precisa de algún grado de previsibilidad para desarrollarse, y es gracias a ésta que los roles generan expectativas en los otros. Entendiendo las expectativas como “las creencias de lo que deberíamos hacer” (André 1991:75). Es por ello que si “nosotros debemos elegir entre “hacer lo que los otros esperan” y “hacer lo que los otros no esperan”, ignorando otros factores morales relevantes, entonces deberíamos elegir hacer lo que los otros esperan” (André 1991:75). Es por esto que un incumplimiento del rol genera sorpresa, desaprobación, intranquilidad y rechazo por parte de la población, alterando la estabilidad del sistema social y con ello la mutua cooperación de las partes.

Es posible afirmar que

La falla en tales obligaciones podría considerarse un daño, ya que las personas a menudo se colocan en una posición vulnerable, como resultado de sus expectativas moralmente justificadas de que los sostenedores del rol actuarán de acuerdo a las obligaciones adquiridas (Alexandra y Miller 2009:74).

Esto resulta aún más crítico en el área de la medicina, por la relación fiduciaria que caracteriza el acto médico. No obstante, también se indica que

Las obligaciones especiales pueden obligar a las personas a tomar un riesgo mayor que los deberes más generales (...). Sin embargo, el que se pueda obligar a incurrir en riesgos mayores no significa que se puede obligar a incurrir en todo y cada uno de los riesgos (Malm, May Francis et al 2008:7).

El código de ética de la Asociación Médica Americana (AMA), específicamente el ítem Obligaciones de los médicos en la respuesta y preparación a desastres, constituye una clara ejemplificación de lo anterior:

La respuesta local, regional y nacional a epidemias, ataques terroristas, y otras situaciones de desastre, exigen una amplia participación de los miembros de la comunidad médica. Debido al compromiso

de cuidado con el enfermo y el herido, los médicos tienen la obligación de entregar cuidado médico de urgencia durante las situaciones de desastre. Esta obligación ética se mantiene incluso enfrentando un riesgo mayor que el usual, para la propia seguridad, la salud, o la vida. Sin embargo, la fuerza médica, no es un recurso ilimitado; por lo tanto, cuando se participa en la respuesta a las situaciones de desastre, el médico deberá balancear los beneficios inmediatos de los pacientes individuales con la habilidad de cuidar pacientes en el futuro (...) (AMA 2012:349).

Y así como el no cumplimiento del deber natural de ayuda encontraba su materialización en el código penal, de la misma manera las obligaciones profesionales de ayuda. De esta manera el código penal chileno en su libro III, título I (de las faltas), artículo 494 declara:

Sufrirán la pena de multa de 1 a 4 UTM, inciso número 11: los mismos individuos expresados en el número anterior (médico, cirujano, farmacéutico, dentista o matrona), que no prestaren los servicios de su profesión durante el turno que les señale la autoridad administrativa (Ley 20.830).

Por su parte el código penal español establece lo siguiente: libro II (delitos y penas), título IX (de la omisión del deber de socorro), artículo 196:

El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonar los servicios sanitarios, cuando de la denegación derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio por tiempo de seis meses a tres años (Ley Orgánica 10/1995).

Las declaraciones anteriores expresan que el profesional junto a la figura del delito de omisión pura o propia, que puede afectar a cualquier ciudadano, ya que este delito se produce a causa de “la vulneración de una norma preceptiva” (Re-

vuelta 2006:61), aquel también puede sufrir la figura del delito de comisión por omisión u omisión impropia y, deba responder por un delito de homicidio o lesiones en comisión por omisión. Este delito se define como la “producción de un resultado por parte de quien está obligado a realizar una actuación para evitar tal resultado” (Revuelta 2006:61). En otras palabras,

esto sucede cuando, existiendo una posición de garante por parte del médico y debido a su inactividad, se causa un resultado lesivo para el paciente, pudiendo éste haberse evitado en el caso de haberse actuado correctamente (Borrel, Júdez, Segovia et al 2001:265).

Esto es debido a que existe previamente una obligación específica que la sociedad conoce y el profesional aceptó. A diferencia del delito de omisión puro, el cual es la acción de no actuar por cualquiera, en el delito de comisión por omisión, sólo responde quien está obligado. Sin embargo, la figura del delito de comisión por omisión se aplica “solamente a aquellos profesionales en servicio activo (...) y siempre y cuando de la denegación o abandono, se derive riesgo grave para la salud de las personas” (Revuelta 2006:61).

De esta manera, la exigencia legal descrita en los códigos penales sólo afectaría, bajo determinadas circunstancias, a los profesionales de turno, cuyo contingente claramente es insuficiente en circunstancias extraordinarias⁵.

5 La literatura enumera los principales motivos entregados por los profesionales sanitarios que responden negativamente a sus obligaciones laborales: estados vulnerables de salud, presencia de obligaciones competidoras tales como el cuidado de la familia, o simplemente, un asunto de elección personal (Bensimon, Tracy, Bernstein y cols. 2007/Hsin y Macer 2004). En líneas generales, se afirma que los obstáculos para responder al deber de trabajar se pueden dividir en 2 categorías: obstáculos en torno a la habilidad y obstáculos en torno a la disposición para trabajar (Ives, Greenfield, Parry y cols. 2009). Y mientras que la habilidad da cuenta de la capacidad de un individuo de reportarse a trabajar, la disposición constituye una decisión personal de responder al requerimiento laboral (Qureshi, Gershon, Sherman y cols. 2005). Asimismo, se afirma que en ocasiones los límites entre estas categorías suelen ser un tanto difusos, pues aunque el profesional sea completamente capaz, podría no estar dispuesto a trabajar. Esto se observa por ejemplo con el tema del cuidado de los niños y las obligaciones familiares, situaciones que algunas veces más que un obstáculo impostergable que impiden la presentación al trabajo constituyen una cuestión de elección personal

5. Más allá del principio de imparcialidad

Para entender mejor el por qué de las limitaciones expresadas anteriormente, es necesario recordar lo expresado por Rawls en el asunto de las obligaciones derivadas del principio de imparcialidad. Durante el desarrollo de su obra, el autor da a entender que el sujeto no estaría sometido a las obligaciones derivadas de instituciones injustas, es decir, instituciones que no respetan los dos principios de la justicia⁶. De tal manera que, aquellas actuaciones necesarias pero que no respeten las libertades básicas no podrían ser requeridas. Por ejemplo, dentro de la lista de libertades básicas se descubre la libertad frente a la agresión física. Por consiguiente, si nos situamos desde el ámbito de las situaciones extraordinarias, donde en muchas ocasiones el nivel de peligro físico que enfrentan los sanitarios que responden es bastante elevado, por ejemplo; pandemias con consecuencias letales, tal como fue la situación por la enfermedad del ébola⁷, SARS⁸, H1N1⁹ y, actualmente el peligro inminente de MERS¹⁰, solo por mencionar las más

recientes. En esta misma línea se encuentran los desastres asociados a fenómenos de índole geográfica, como los terremotos y aluviones que Chile experimentó en el último tiempo, los cuales afectaron fuertemente la infraestructura hospitalaria, generando una situación de riesgo para los que decidieron seguir ejerciendo su trabajo bajo esas condiciones. Ejemplos como estos sirven para ilustrar el por qué la autoridad no podría reclamar el cumplimiento de todas las obligaciones determinadas por la institución, ya que bajo estos escenarios, aquella no estaría respetando uno de los principios de la justicia; la libertad frente a la agresión física. Agresiones que podrían estar siendo ocasionadas por el mismo factor detonante de la crisis, o bien, por las consecuencias acarreadas por ésta. De esta manera, aquellas obligaciones que en un primer momento constituirían deberes perfectos, es decir, deberes que generan derechos correlativos, tal como la obligación de parte de los sanitarios de atender a todos aquellos que requieren asistencia. Cuando los riesgos exceden los límites tolerables -por ejemplo ante el peligro físico de las dependencias, o frente a la alta probabilidad de contagio de una enfermedad¹¹- dichos deberes transitarían desde un estado de perfecto a imperfecto, es decir, "aunque el acto es obligatorio, el ponerlo o no en obra resulta facultativo de cada persona" (Gracia 2008:260). El mismo Rawls afirma aquello al decir que "los actos supererogatorios no se exigen, aún cuando normalmente serían exigibles si no exigieran riesgos o pérdidas para el propio agente" (Rawls 1995:118). Entonces, si los primeros son deberes de justicia, los segundos son obligaciones morales y donde muchas veces la supererogación y el sacrificio personal constituyen la tónica del momento. Respecto a los actos supererogatorios, éstos componen acciones necesarias pero imposibles de ser exigidas, porque eso en opinión de Mill sería confundir la justicia

6 Principio 1: Toda persona tiene igual derecho a un régimen plenamente suficiente de libertades básicas iguales, que sea compatible con un régimen similar de libertades para todos. Principio 2: Las desigualdades sociales y económicas han de satisfacer dos condiciones. Primero, deben estar asociadas a cargos y posiciones abiertos a todos en las condiciones de una equitativa igualdad de oportunidades; y, segundo, deben procurar el máximo beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad (Rawls 1990:33).

7 De acuerdo a la OMS, la enfermedad por el virus del ébola (antes llamada fiebre hemorrágica del ébola), es una enfermedad a menudo mortal, con una tasa de letalidad que puede llegar al 90%.

8 SARS (Severe acute respiratory syndrome). En español, síndrome respiratorio agudo grave (SRAG). Durante el año 2003, la OMS decretó alerta mundial. La enfermedad ha tenido una tasa promedio de letalidad global cercana al 13%.

9 Influenzavirus A subtipo H1N1 cuyo pic de propagación mundial ocurrió durante el año 2009. Es importante destacar la conflictividad que dicha enfermedad provocó en los centros asistenciales frente a la alta demanda de los limitados ventiladores mecánicos existentes, lo que exigió el trabajo de muchos CEAs para poder ayudar a resolver la distribución de éstos.

10 Síndrome respiratorio por coronavirus de Medio Oriente. Si bien hasta el momento se han reportado casos en 8 países (Jordania, Arabia Saudita, Qatar, Reino Unido, Francia, Alemania, Emiratos Árabes Unidos y Túnez) la OMS ha decretado alerta inmediata en todos los estados miembros. La mortalidad de esta enfermedad es próxima al 30%.

11 "Ahora mismo, cuando está en cuestión si el traje es el correcto, si el protocolo es el correcto, un profesional sanitario podría acusar a la Administración de delito de salud pública si le obligan a trabajar en condiciones que no son las adecuadas", explica. "Ni en la Consejería de Sanidad están seguros de la infalibilidad del protocolo y por eso no están obligando a nadie". Diario el País en relación al tema del ébola. Titular: El personal está renunciando a su contrato para no tener que tratar. 09 de octubre de 2014. Disponible en: http://politica.elpais.com/politica/2014/10/09/actualidad/1412855529_233792.html

con la moralidad. Se confunden así “los deberes de obligación perfecta, o deberes de justicia, con aquellos otros que no lo son. Esta confusión de la justicia con la moralidad les lleva a no respetar la libertad individual” (Gracia 2008:261). Y aunque si bien es cierto que dentro del área sanitaria muchos de los comportamientos profesionales exigibles se podrían clasificar desde el punto de vista civil como supererogatorios, no todos los comportamientos supererogatorios requeridos en el ámbito médico pueden ser reclamados justamente¹². Beauchamp y Childress aceptan que la realización de ciertos actos catalogados como supererogatorios, se transformarían en deberes *prima facie* al existir previamente una promesa de cumplir dicho acto. Sin embargo, “las promesas hechas al entrar en la profesión médica no son muy específicas, y en consecuencia, surgen los debates sobre la línea entre la asunción de riesgos obligatoria y opcional” (Beauchamp y Childress 1999:469). En consecuencia, para poder cubrir las necesidades de asistencia en contextos extraordinarios, claramente no serán suficientes las obligaciones adquiridas por las personas a través del principio de imparcialidad, sino que también resulta indispensable el compromiso moral del sujeto con la causa¹³. Pues en muchas de estas circunstancias, será la conciencia mo-

12 La literatura indica que el mayor nivel de exigencias requeridas a los profesionales dotaría a estos de una moralidad de rol “la cual se trata, en última instancia, de moralidad común, pero más compleja en su naturaleza de lo que generalmente se cree, a consecuencia de las características peculiares del rol propio de los profesionales de la salud, o de cualesquiera otros de los llamados profesionales” (Gracia 2004:293). Es por esto, que ciertas acciones categorizadas como ideales morales bajo la perspectiva de la moralidad común, al ser consideradas desde la óptica de la moralidad de rol, adquirirían la obligatoriedad de las reglas morales, ya que sólo a través de la ejecución de este tipo de acciones se podrán alcanzar los fines encomendados que legitiman a la profesión médica. Estas razones podrían justificar aquellas particularidades propias de las profesiones como es: la excelencia, el altruismo y el sacrificio personal en favor de las personas.

13 La literatura indica que las razones por las cuales los profesionales médicos se mantienen en ejercicio activo durante situaciones extraordinarias son muy variadas; ya sea que responden motivados por un fuerte sentido del deber de trabajo producto de una ética profesional, donde los protagonistas declaran la existencia de “un deber profesional que trae consigo una obligación de actuar incluso en circunstancias difíciles y peligrosas”; debido a la creencia en un deber general de ayuda, el cual incrementaría su fuerza vinculante en aquellos que han hecho de la sanidad su profesión; en base a una ética de trabajo y lealtad hacia colegas y pacientes; o simplemente, dicha respuesta estaría determinada por una actitud altruista

ral -que estaría profundamente afectada por los sentimientos de acuerdo a Hume (2006)- la que impulse los “poderes activos” del sujeto a actuar, especialmente, cuando las obligaciones impuestas a través de la ley, el contrato, o el juramento, no pueden cubrir la demanda de imposiciones que el desastre ha traído sobre la comunidad.

La pregunta que surge inmediatamente es; ¿si el principio de imparcialidad no puede asegurar el sostenimiento de una respuesta suficiente por parte de los profesionales, cómo actuar institucionalmente para favorecer las conductas necesarias? Aquí es donde entra en juego la cuestión del profesionalismo abordada inicialmente.

La consolidación del modelo liberal ha traído, más allá de los logros habitualmente destacados, la instauración de un patrón societario profundamente individualista. Desde este paradigma, el sujeto moral representado en el yo desvinculado, desconoce la existencia de fines constitutivos, y en consecuencia, el individuo es entendido como un agente totalmente independiente. De ahí la neutralidad axiológica que defiende este modelo como una de sus premisas para determinar el funcionamiento de la sociedad. Diego Gracia declara que particularmente en el campo de la medicina la difusión de un modelo liberal excesivamente neutral en cuestiones de valor, ha ocasionado que el encuentro clínico se reduzca a una serie de estipulaciones contractuales (Gracia 2004). Pero si una profesión es definida como:

una actividad social cooperativa, cuya meta interna consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico e indispensable para su supervivencia como sociedad humana, para lo cual se precisa el concurso de la comunidad de profesionales que como tales se identifican ante la sociedad y el desarrollo de las virtudes indispensables para alcanzar la meta, amén de encarnar determinados valores y principios (Cortina 2000:15).

claramente se observan enfrentamientos entre lo que propugna el modelo liberal: neutralidad axiológica, y aquellas condiciones que otorgan

fundamentada en principios religiosos o filosóficos personales (Donoso 2015).

legitimidad a las profesiones, entre las cuales se destaca el desarrollo de determinados valores y principios para alcanzar la meta encomendada.

Las deficiencias que expresa el modelo liberal -no solo a nivel sanitario sino en las distintas esferas sociales- ha provocado el surgimiento de una serie de movimientos que propugnan el cultivo de determinadas virtudes cívicas, orientadas éstas no al desarrollo de ciudadanos virtuosos, sino al despliegue de una política del bien común. Sin embargo, no se puede negar la dificultad que enfrentan sociedades globalizadas y pluralistas como las actuales para adoptar una concepción de bien común. No obstante, frente a ello se propone entre otras cosas, el desarrollo de instituciones que convoquen a las personas: entre ellas, los municipios, las escuelas y las asociaciones ocupacionales, para formar el carácter y los hábitos (Godoy 1997:21). Encontrándose en este último ítem por ejemplo, las profesiones, las cuales esencialmente constituyen ocupaciones que se abocan a una tarea de alto valor social. Pareciera que el desarrollo de determinadas virtudes -que es precisamente lo que propugna el profesionalismo- fomentadas al interior de los distintos estratos profesionales, para el logro de la tarea social encomendada, persigue superar el atomismo radicalizado presente en sociedades profundamente liberalizadas. A fin de cuentas aspirar al despliegue de un determinado *ethos* -el cual constituiría “el fundamento ontológico de una profesión y el elemento esencial que dictamina como ha de disponerse la persona para ejercer esa profesión” (Risco 2009:152)- que asegure no solo la contestación positiva producto de la vinculación contractual existente, sino también una respuesta afirmativa producto de un enérgico sentimiento humanitario hacia la ejecución de los fines de la profesión (Fundació Víctor Grífols i Lucas 2004).

6. Conclusiones

La literatura ha demostrado que intentar establecer una fundamentación acerca de la “obligación de socorro médico” en situaciones de desastre, exclusivamente en base a obligaciones profesionales adquiridas contractualmente, no parece ser lo más adecuado, pues los argumentos pueden

ser refutados de una u otra manera. Por lo mismo, se exige una reflexión más profunda que interconecte explicaciones provenientes de distintos saberes a fin de otorgar una respuesta integral al problema. Es así como las posibles razones que justificarían una contestación positiva a los deberes profesionales quizás estarían ancladas en una conjugación de distintos factores sociológicos, filosóficos y morales que se retro alimentan mutuamente, porque de manera individualizada no son capaces de dar una respuesta satisfactoria. En situaciones de emergencia, y más aún, en situaciones de desastre, es cuando la sociedad más necesita de respuestas positivas de parte de aquellos que se han unido voluntariamente y han prometido públicamente servir a los ideales de la profesión. No obstante, los argumentos anteriormente esgrimidos no han sido suficientes para garantizar las respuestas de los protagonistas, lo que evidencia la necesidad de prestar una especial atención al cultivo de las virtudes del carácter del sujeto. Pues si la ley transita en el área de la justicia, en el sector de los deberes perfectos aplicables a todos, o sea, el mundo de los derechos, no sería justo exigir la realización de aquellas acciones supererogatorias que inevitablemente se presentarán; ya que la salud, la enfermedad y el sufrimiento, son realidades que no sólo apelan a la no maleficencia, sino también a la beneficencia, en especial cuando lo extraordinario acontece.

Ha sido frecuente enfocar el deber de cuidado solamente desde la perspectiva del paciente individual, ya que la relación clínica se desarrolla preferentemente en el ámbito de lo privado. No obstante, en situaciones como éstas urge transitar hacia un deber enfocado desde el punto de vista de la comunidad y el bien común. Comprender la medicina no sólo desde la perspectiva del sujeto que desarrolla la actividad, sino como una organización social que necesita definir sus fines, clarificar sus valores, establecer sus metas, así como promover el alcance de aquellas por parte de sus miembros. A fin de cuentas, que exista una sintonía entre el *ethos* organizacional y el *ethos* personal.

Entregado 10 - 6 - 2015
Aprobado 22 - 9 - 2015

Bibliografía

- ALEXANDRA, A. y MILLER, S., 2009. Ethical theory, "common morality", and professional obligations, *Theoretical Medicine and Bioethics*, Vol 30, No 1, 69-80.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA), 2012. Code of Medical Ethics. AMA, United States of America.
- ANDRE, J., 1991. Role morality as a complex instance of ordinary morality, *American Philosophical Quarterly*, Vol 28, No 1, 73-80.
- BEAUCHAMP, T., 2003. A defense of the common morality, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol 13, No 3, 259-274.
- BEAUCHAMP, T. & CHILDRESS, J., 1999. Principios de ética biomédica, 4° ed. Masson, Barcelona.
- BENSIMON, C.M., TRACY, C.S., BERNSTEIN, M., & COLS., 2007. A qualitative study of the duty to care in communicable disease outbreaks, *Social Science and Medicine*, Vol 65, No 12, 2566-2575.
- BORRELL, F., JÚDEZ, J., SEGOVIA, J. y COLS., 2001. El deber de no abandonar al paciente, *Medicina Clínica*, Vol 117, No 7, 262-273.
- CAMPS, V., 1999. Locke, en CAMPS V. (ed), *Historia de la ética. La ética moderna*, Crítica, Barcelona, pp. 141-167.
- CONILL, J. y CORTINA A., 2012. La fragilidad y la vulnerabilidad como partes constitutivas del ser humano, en BECA, J.P. y ASTETE, C. (ed), *Bioética clínica*, Mediterráneo, Santiago de Chile, pp. 117-127.
- CORTINA, A., 2000. El sentido ético de las profesiones, en CORTINA, A. y CONILL, J., (direct), 10 palabras clave en ética de las profesiones, *Verbo Divino*, Navarra, pp. 13-28.
- DONOSO, C., 2015. Frente a la amenaza de la enfermedad del ébola, ¿Por qué permanecer en servicio? Algunas reflexiones, *Revista Médica de Chile*, Vol 143, 925-929.
- ESTEVEZ, A., 2008. Intención y responsabilidad en TEALDI, J.C., *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, Universidad Nacional de Colombia, UNESCO. Recuperado el 23 de febrero de 2015. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf>
- FIGUEROA, G., 2006. Responsabilidad profesional: máximos, mínimos, excelencia y veracidad, *Revista Médica de Chile*, Vol. 134, No2, 251-257.
- FUNDACIÓ VÍCTOR GRÍFOLS I LUCAS, 2004. Los fines de la medicina, 1° ed. Fundació Víctor Grífol i Lucas, Barcelona.
- GODOY, O., 1997. A la búsqueda de una filosofía pública conservadora, *Estudios públicos*, Vol. 67, 1-22.
- GRACIA, D., 2004. Como arqueros al blanco, 1° ed. Triacastela, Madrid.
- GRACIA, D., 2008. Fundamentos de bioética, 3° ed. Triacastela, Madrid.
- HORWITZ, N., 2006. El sentido social del profesionalismo médico, *Revista Médica de Chile*, Vol. 134, No 4, 520-524.
- HUME, D., 2006. Investigación sobre los principios de la moral, Alianza, Madrid.
- HSIN, D.H. & MACER, D.R., 2004. Heroes of SARS: professional roles and ethics of health care workers, *Journal of Infection*, Vol. 49, No 3, 210-215.
- IVES, J., GREENFIELD, S., PARRY, J.M. & COLS., 2009. Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study, *BMC Public Health*, Vol. 9, No 56.
- JEFATURA DE ESTADO ESPAÑA, 1995. Ley Orgánica 10/1995. Recuperado el 23 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-25444>
- JONAS, H., 1995. El principio de la responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica, Herder, Barcelona.
- JOINT CENTRE FOR BIOETHICS PANDEMIC ETHICS WORKING GROUP, UPSHUR, 2008. The duty to care in a pandemic, *The American Journal of Bioethics*, Vol. 8, No 8, 31-33.
- KOTTOW, M., 2010. Bioética en situaciones de catástrofe, *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 14, No 1, 46-51.
- MALM, H., MAY, T., FRANCIS, L. & COLS., 2008. Ethics, pandemics and the duty to treat, *The American Journal of Bioethics*, Vol. 8, No 8, 4-19.
- MATURANA, A., 2015. Desastres, seguridad humana y salud, *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 19, No 1, 125-6.
- MATURANA, A., 2010. Situaciones catastróficas. *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 14, No 1, 5-7.

- MILL, J.S., 1984., El utilitarismo: Un sistema de la lógica, Ed. Alianza, Madrid.
- MINISTERIO DE JUSTICIA, CHILE, 1874. Código Penal, Ley 20.830. Recuperado el 11 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>
- PROYECTO ESFERA, 2004. Carta Humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre, Proyecto Esfera, Ginebra, 403.
- QURESHI, K., GERSHON, R.M., SHERMAN, M.F. & COLS., 2005. Healthcare workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters, *Journal of Urban Health*, Vol. 82, No 3, 378-388.
- RAWLS, J., 1990. Sobre las libertades, 1° ed. Paidós, Barcelona.
- RAWLS, J., 1995. Teoría de la Justicia, 2° ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- REVUELTA, A., 2006. El riesgo de judicialización de la medicina, *Educación Médica*, Vol. 9, No 1, 55-64.
- RICOEUR, P., 1997. Lo Justo, Editorial Jurídica de Chile, Chile.
- RISCO, L., 2009. Apuntes sobre la configuración actual del éthos médico, *Acta Bioethica*, Vol. 15, No 2, 151-156.
- RODRÍGUEZ, J., 1999. Hobbes, en CAMPS, V. (ed), *Historia de la ética. La ética moderna*, Crítica, Barcelona, pp. 75- 107.
- ROUSSEAU, J.J., 2010. El contrato social, Edimat, Madrid.
- SANDEL, M., 2000. El liberalismo y los límites de la justicia, 1° ed. Gedisa, Barcelona.
- SANDEL, M., 2005. Public philosophy. Essays on morality in politics, 1° ed. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- SAVATER, F., 1999. Schopenhauer, en Camps V. (ed), *Historia de la ética. La ética moderna*, Crítica, Barcelona, pp. 500-521.
- SCHOPENHAUER, A., 2007. Los dos problemas fundamentales de la ética, 3° ed. Siglo XXI, Madrid.
- STRONG, C., 2007. Gert's theory of common morality. *Metaphilosophy*, Vol. 38, No 4, 535-545.
- UNIVERSIDAD DE ALICANTE. LABORATORIO DE CLIMATOLOGÍA, Diccionario y glosario en riesgos. Recuperado el 08 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://web.ua.es/es/labclima/diccionario-y-glosario-en-riesgos.html>
- VILLACAÑAS, J., 1999. Kant, en CAMPS, V. (ed), *Historia de la ética. La ética moderna*, Crítica, Barcelona, pp.315-404.
- WALLIS, P., 2011. Debating a duty to treat: AIDS and the professional ethics of American medicine, *Bulletin of the history of medicine*, Vol. 85, No 4, 620-649.