

CONFLICTOS ETICOS EN EL EJERCICIO DEL ROL DE LOS AGENTES DE SALUD

ALBERTO AGREST

Son agentes de salud los médicos asistenciales, los instructores de trabajos prácticos y los investigadores, las obstetras, los paramédicos, las enfermeras, los auxiliares de enfermería, el personal técnico, el personal administrativo, el personal de mantenimiento y limpieza, el personal de farmacia, los inversores, los arquitectos, ingenieros y constructores de construcciones médicas y los funcionarios de las secretarías o ministerios de salud.

Las funciones de todos estos agentes puede ser distintas pero tienen en común la necesidad de conocimientos técnicos y una responsabilidad que surge del compromiso ético que se asume frente al paciente, cliente o usuario o simple ciudadano cuando se le brinda un servicio médico en mérito a una obligación asumida, a la solidaridad, en mérito a la retribución económica o en mérito a la renta o cuando se utiliza al individuo sano o enfermo en una investigación para aumentar el conocimiento o con fines docentes con estudiantes y colegas.

El conflicto ético surge cada vez que alguien ejerce una autoridad sobre otro. Cuando una relación es asimétrica, en cuanto a su poder, reglas éticas definen las condiciones de esa relación. Al paciente enfrentado con esas estructuras de poder le quedan como recursos de su propio poder la elección del agente, la desobediencia y la demanda exacerbada. La organización médica quita el primer recurso, fijando a su arbitrio la entidad prestadora o el profesional mismo, y la desobediencia expone a la carencia de asistencia. La demanda exacerbada debe ser soportada por el médico que enfrenta una demanda irracional que no sabe de futilidades y que exigiría una ingente inversión de tiempo docente que el médico no tiene.

Librada a una información tendenciosa e interesada en aumentar el consumo de recursos médicos sean o no necesarios colocan a los pacientes en acosadores de los médicos.

El poder económico que ejercía el paciente con el pago de la consulta ha quedado reducida a una actividad privada cada vez más restringida pero aún le queda el recurso de asociarse al médico para satisfacer su demanda de recursos diagnósticos y terapéuticos.

El punto esencial en estas profesiones es que el interés del paciente debiera primar sobre el interés del que

brinda el servicio a pesar de que la relación es asimétrica y la balanza del poder se inclina por los que brindan el servicio.

En la investigación el compromiso ético tiene una base heterogénea que incluye principios utilitarios, justicia distributiva, derechos individuales y el compromiso del investigador con los sujetos individuales.

Tener más poder y sin embargo someterlo a los intereses del otro quizás sea la característica más relevante de la especie humana, aunque sean pocos los humanos que cumplen con ese requisito.

La esperanza es que el Homo Etico termine siendo la especie dominante conjugando las virtudes del Homo Faber, el Homo Sapiens, el Homo creativo y el Homo obsesivo y poniéndole límites al hacer sin saber, al saber sin crear, al crear sin aplicar y al aplicar sin respetar.

Todos estos "homos" parecen haberse basado en su capacidad de proyectarse en el futuro con el desarrollo del lóbulo frontal, el Homo Etico vuelve al presente, consciente de que ningún acto que no respete al otro se justifica por un beneficio futuro. Cuando el otro está equivocado el recurso es la docencia.

Aunque el médico es tan sólo un eslabón en la extensa cadena con la que la salud o el alivio de la enfermedad llega al paciente parece ser el único éticamente preparado y preocupado por los resultados que los sistemas de salud obtienen en los pacientes.

Los médicos han dispuesto fundamentar sus decisiones en la ciencia, limitar sus poderes con principios éticos y aspirar a la equidad en la distribución de los recursos médicos.

Los médicos se han comprometido a ejercer su profesión curativa, preventiva y de alivio fundados en conocimientos científicamente demostrados y sin avasallar los derechos de sus pacientes. Lo cierto es que han jurado cumplir estas exigencias y son pasibles de penas por mala práctica si no las cumplen pero los médicos se gradúan y se matriculan sin haber sido expuestos a una formación y evaluación de sus condiciones éticas. La esperanza es que hayan sido expuestos a modelos éticos imitables hoy difíciles de encontrar en la sociedad en general y aun en la misma profesión médica integrada en las aspiraciones sociales de figuración y riqueza.

Los médicos asistenciales podemos no cumplir nuestro compromiso por ignorancia, por mala formación o insuficiente formación ética para controlar el resentimiento por retribución exigua o la fatiga por falta de tiempo.

Los médicos en función docente suelen ignorar la voluntad y la intimidad de los pacientes por continuar con una actitud arrogante y paternalista o aceptar un número excesivo de estudiantes. Preguntas íntimas en una suerte de ámbito público y exposición irrespetuosa de desnudeces suelen formar parte habitual de la docencia práctica. El folklore docente es tradicionalmente irrespetuoso. En la primera mitad de este siglo los pacientes eran exhibidos en clases generales como espectáculo circense y esta costumbre ha sido abandonada más por comodidad, predictibilidad y prevalencia de recursos audiovisuales que por respeto.

Los médicos en su función de investigador clínico pueden creer que el consentimiento informado es suficiente. Sin embargo un consentimiento informado debe reunir requisitos para ser valedero y por otra parte ese consentimiento puede no ser suficiente para realizar investigaciones cuyo riesgo no se compense con beneficios o a los que se exponga innecesariamente. Es cierto que resulta difícil saber a ciencia cierta si el paciente ha comprendido el alcance de su consentimiento. Un ejemplo puede ser obtener el consentimiento de recibir placebos cuando existen medicamentos de reconocida efectividad o utilidad. La relación del investigador con su sujeto de investigación no puede ser distinta de la que tiene un médico asistencial con su paciente. Los recursos para conseguir el consentimiento informado pueden ser similares a los que se utilizan para que los pacientes sean complacientes y adherentes a las indicaciones diagnósticas y terapéuticas pero en ambos casos y más en el consentimiento debe evitarse que la seducción y aun el acoso substituyan a una explicación clara y sincera.

Una gran proporción de la investigación se relaciona hoy con la industria farmacéutica y resulta así que el compromiso del investigador con el paciente puede estar sojuzgado a los intereses económicos en juego. Si se agrega la internacionalización de los protocolos de investigación es más que presumible que países en los cuales los estándares éticos son menores se ofrezcan para realizar investigaciones inadmisibles en lugares con estándares más altos.

Se ha pretendido también que si los procedimientos que se utilizan en investigación son procedimientos de uso habitual asistencial el consentimiento informado puede no ser necesario y bastaría con la aprobación de un comité de ética.

Un requerimiento tan importante como evitar posibles conflictos de intereses en los investigadores se soslaya frecuentemente ya que los investigadores son

subsidiados por propietarios de las patentes farmacéuticas o tecnológicas. El uso de placebos inertes puede hacer más eficiente la investigación reduciendo su costo pero esto resulta inaceptable si ya existiera un tratamiento que ofrece algún beneficio. Más problemas éticos se suscitan en investigaciones internacionalizadas cuando los estudios se hacen en poblaciones que no tiene acceso a un tratamiento adecuado en el grupo control o en el cual la droga demostrada efectiva y útil en un estudio no pueda seguir aplicándose fuera de las condiciones de la investigación. Utilizar pacientes para demostrar la virtud de un tratamiento y luego abandonarlos a su propia suerte resulta difícilmente aceptable.

El personal paramédico que tiene contacto directo con los pacientes debe imponerse los mismos principios éticos que los médicos, su capacidad técnica debe ser suplementada por una actitud afectuosa y respetuosa y cautela en el suministro de información que requiere tacto para no convertirse en agresión innecesaria. La enfermedad puede colocar a los pacientes en estado no sólo de fragilidad física sino también emocional y una información aun cierta puede ser inoportuna.

Es habitual en nuestro medio que ese personal resentido por realizar sus tareas en malas condiciones laborales y de retribución insuficiente canalicen su frustración en conductas o mensajes agresivos que recaen sobre los pacientes. Un esfuerzo educativo para corregir esta situación es una deuda de toda organización médica.

Los conflictos éticos de los empresarios y administrativos responsables de la organización de los servicios de salud se plantean al enfrentar sus propios intereses con los de los afiliados o beneficiarios de ese servicio y con los de su personal técnico, médico y paramédico.

Para con su personal técnico los empresarios y administrativos cuentan con el poder económico y el arma del despido que en épocas de desempleo constituyen una amenaza vital. El poder de la retribución y el despido contribuyen a que ese poder pueda ser manejado arbitrariamente y se presta a la corrupción.

Si el poder se define por la capacidad de conseguir que otro haga lo que no pensaba hacer debe reconocerse que los principios éticos obligan a que ese resultado se consiga mediante la persuasión y que la imposición punitiva física, psicológica, o económica son inaceptables. La corrupción apela al soborno tentando a la priorización de los intereses económicos sobre valores espirituales como el respeto de los demás y aun el propio.

Para con los afiliados, beneficiarios o clientes los empresarios suelen ocultar el real contenido de sus servicios con una envoltura promocional de virtudes formales y promesas cuya falsedad se desnuda al ponerlas a prueba. La lucha competitiva se escapa de la responsa-

bilidad del servicio a áreas de más fácil dominio como restricciones en la elección de las empresas servidoras, dominada por prácticas corruptas, u ofertas que satisfacen expectativas no médicas.

Los funcionarios del área salud deben concebir una medicina al alcance de todos ya que representan a toda la población y han sido designados para ser su custodio en lo que hace a su salud. La exclusión de sectores sociales es discriminatoria y la priorización de un sector sobre otro como solución temporaria se justifica sólo si

en esa elección no hay conflicto de intereses que beneficien al funcionario o allegados. La equidad distributiva de los recursos es una obligación a cargo de los funcionarios pero los agentes de salud profesionales médicos y paramédicos deben sentir la responsabilidad de no sabotear esta obligación por capricho, vanidad o simple ignorancia.

La secretaría de Salud Pública ejerce el control de la matriculación profesional, el hacer esto sin evaluación es un acto de irresponsabilidad.