

LOS COMITES DE ETICA DE LOS HOSPITALES

Lic. Paulina Spinoso

Trabajo presentado en el Congreso de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, 1997

Como los Comités de Etica de los Hospitales tienen pocas tareas y los médicos, psicólogos y otros profesionales que participan en ellos están muy bien pagados en lo suyo y pueden dedicar mucho tiempo a los mismos, voy a proponer una tarea más que me parece importante y que creo enmarcaría las que ya se realizan.

No creo que esto se pueda generalizar, pero me parece que el origen y la historia de los comités marca cierto sesgo, que es el que por lo menos yo veo en la bibliografía que pude consultar. Me parece que se trabaja con cierta urgencia y en relación a casos ya ocurridos y tratando de analizarlos y establecer criterios para la próxima vez. Estos casos suelen ser dilemáticos: quitar o no el respirador, transfundir o no transfundir, informar o no informar, usar o no una determinada técnica.

Por lo menos en los comienzos, parecería que el Comité era reclamado cuando un médico o un equipo **no sabía qué hacer**, cuando se quemaban los papeles por decirlo así, y necesitaba hacer una consulta con colegas o personas de otras disciplinas, para resolver problemas que con todo su saber no podía resolver.

Todo esto generó seguramente una experiencia muy rica, pero creo que queda demasiado polarizada entre un médico o un equipo con toda la responsabilidad sobre sus espaldas y unos principios o criterios éticos provenientes de la filosofía o de las religiones.

Y creo que entre ambos existen mediaciones importantes que se suelen pasar por alto y que habría que discutir y encarar.

Me refiero a los factores culturales, sociales y económicos.

Estos factores suelen ser pasados por alto en los análisis, justamente por su omnipresencia y por la forma en que gobiernan nuestra conducta en forma ampliamente inconsciente.

El médico o psicólogo tal vez consulta al Comité cuando no sabe qué hacer, pero me parece igualmente problemática la cuestión cuando lo sabe demasiado bien, porque esto no ha pasado por un análisis crítico.

Parto aquí de la idea de que enfermedad y muerte -por ejemplo-, son fenómenos culturales. No son sólo hechos biológicos, sino sobre todo hechos simbólicos, atravesados por la cultura y la historia. Supongo que no es lo mismo enfermarse y morir para un bora-bora que para un neoyorkino, para un hombre del siglo XX que para uno del siglo XV. Y esto vale también para el ser médico o terapeuta. Creo que el encuentro entre un terapeuta y un paciente no es sólo entre dos personas, sino también entre dos lugares prefigurados, donde es más lo pre-supuesto que lo puesto allí, como si fueran personajes que siguen un guión escrito en otro lado, no se sabe bien por quién.

Me parece útil, y creo que sería una interesante tarea de los Comités, darse un espacio para correrse de esos lugares y en lo posible, observarlos críticamente.

Para ello se podría acudir no sólo a la Etica filosófica, sino también a la Antropología cultural y la Sociología (pienso por ejemplo en el libro “Antropología de la muerte” de Thomas o “La organización social de la muerte”, de Sudnow, o “La muerte en Occidente”, de Ariès).

También a los pensadores críticos, como Foucault. A los descriptores de la sociedad contemporánea, como Lipovetsky, Baudrillard y tantos otros. A los que han trabajado

históricamente los conceptos de enfermedad y salud, como Canguilhem, a los que han criticado la metaforización de la enfermedad, como Susan Sontag.

Y pensando en aquello que decía Heidegger acerca de que la Ética se muestra más originariamente en una tragedia de Sófocles que en la Ética nicomaquea de Aristóteles, me parece ineludible acudir a la literatura, al cine, donde suele mostrarse la percepción social y subjetiva de la medicina. Pienso por ejemplo en La clínica del Doctor Cureta o en la película Caro diario (Moretti), o en los cuentos de Carver o las novelas de Ana María Shua, que nos muestran el punto de vista del paciente.

Este punto de vista me parece sumamente importante tenerlo en cuenta y tenemos para ello una experiencia muy a mano: la nuestra. Cuestiones éticas tan básicas como el pudor o la obscenidad en el trato con los cuerpos, quizá no se traten en los comités, pero todos sabemos de ellas como pacientes.

(A veces me parece que antes de entrar en un hospital o en una sala de terapia intensiva habría que interponer un recurso de hábeas corpus. Tengo un amigo que adoptó esta máxima ‘ante cualquier médico consulte a su duda’).

Pero hoy aquí, de entre todos estos problemas voy a referirme a uno en particular que me parece que actualizaría un poco estas discusiones, y es el de la relación entre medicina y mercado. Siendo el ejercicio profesional, entonces, algo geográfica e históricamente situado, vale la pena detenerse a reflexionar sobre el contexto en el que se despliega.

Se lo llame tardo o post modernidad -según los autores-, implica un conjunto de factores interrelacionados.

En lo económico, capitalismo tardío, en el que ya no se produce para consumir sino que es preciso consumir para sostener la producción, lo que se acompaña de un pasaje de la moral del trabajo y el ahorro a otra del ocio y el consumo. Por cierto que no se trata del ocio contemplativo o creador, sino del ocio que factura, es decir la industria del ocio o mejor el mercado del ocio.

En lo cultural -y en consonancia con lo anterior-, lo que tantos autores señalaron: la conversión de toda producción cultural en mercancía, con las consecuencias de standarización y homogeneización que ello implica. Vaya como único e ilustrativo ejemplo el del cine: las películas deben tener una duración determinada, y hasta los cortes están pensados para que, al pasarlas por televisión, vayan las tandas publicitarias. La cultura se vuelve industria.

Los así llamados medios de comunicación de masas -sabemos que sólo definir cómo hemos de llamarlos es toda una discusión-, se constituyen en el principal vehículo para la difusión de las mercancías culturales y de los valores de la moral del consumo, a la vez que son ellos mismos encarnación de esos valores y objetos también de consumo.

Se ha constituido ya en un lugar común la oposición elaborada por Umberto Eco entre apocalípticos e integrados, y es ya también un lugar común proponer una tercera posición al respecto.

Sea como fuere, es imposible dejar de tenerlos en cuenta y pensar estrategias -guiadas por la ética- para un uso en lo posible crítico de los mismos. Algo así como la “guerrilla semiológica” que proponía el mismo Eco.

En cuanto a lo que nos concierne a nosotros, en una nota publicada en Radar, Eliseo Verón se refiere a los alcances insospechados de los medios en la vida contemporánea y entre otras cosas dice que cada vez tendrán mayor ingerencia en la “gestión de la salud”.

Me parece un tema digno de pensarse el de nuestra posible participación en esa gestión, de la salud o de la enfermedad, ¿quién sabe?

Porque, ¿en qué este pequeño análisis nos afecta?

Si la tendencia es a la universalización de las leyes del mercado, no sólo en su extensión geográfica sino principalmente en su extensión a todas las esferas de la vida, el campo de la medicina y la psicología no podía quedar al margen: seducidos por el mercado, nos tienta creer que podemos seducirlo.

Si miles de desorientados egresados de la escuela secundaria se constituyen en “mercado educativo” y millones de votantes en “mercado electoral”, ¿por qué no conformar con otros tantos sufrientes el “mercado sanitario”?

¿Por qué no convertir la salud o los servicios de salud en mercancía? ¿Por qué no someterlos entonces a las leyes del mercado? ¿Por qué no hacer Marketing? Crear nuevas marcas, ampliar la cartera de productos, segmentar el mercado, publicitarlos por televisión?

Basta escuchar la radio o mirar un poco de televisión para constatar que mucho de esto ya está sucediendo.

Médicos, psiquiatras, psicólogos, asisten a programas -no sé si pagando el espacio- para hablar de nuevos cuadros patológicos, nuevos métodos, nuevas terapéuticas. Estas novedades, tienen sustento científico o responden a una estrategia de segmentación de mercado? ¿Qué sentido tiene dar esta información al público? ¿Qué es lo que se difunde?

Los psicoanalistas sabemos algo de la hipocondría y de la histeria y tenemos experiencia de cuántas personas “se dan cuenta” de enfermedades que supuestamente padecían cuando se las describe por televisión. Sabemos de las enfermedades de moda. Esto no sería un problema ético si no supiéramos también que la moda forma parte de las estrategias de la sociedad de consumo. Este tema se combina con la creciente especialización de los profesionales que está llegando a la psicología en forma alarmante. Tomo un ejemplo de enfermedad de moda: la bulimia. Sabemos que hay bulimias, pero también histerias que se presentan como bulimias. Pero, si la oferta se hace desde la TV, ¿quién hace el diagnóstico diferencial? ¿El paciente? ¿El especialista que ha sesgado fuertemente su perspectiva?

Este último sería un problema técnico profesional. Pero el problema ético es el de cómo se hace la oferta para generar una demanda. Especialidades definidas por el diagnóstico, diagnóstico definido por el síntoma... ¿es para que el público los identifique, se identifique?

Porque la lógica del mercado en el capitalismo tardío es esa: ofertar para generar demanda, ofertar productos cada vez más diferenciados para segmentar y así aumentar el mercado. Ofertar productos con ventajas diferenciales cada vez menos reales y más simbólicas: marcas, packaging, publicidad.

Esta lógica también exige la sustitución acelerada de los objetos, la obsolescencia de los mismos. Esta obsolescencia puede ser real o psíquica, pero siempre planificada. Me detengo un poquito acá por lo que nos atañe. Se suele decir que la obsolescencia de los objetos se puede dar de tres formas: real (se usan materiales que van a durar determinado tiempo para obligar a la recompra), tecnológica (un televisor blanco y negro queda -por nuevo que sea- instantáneamente obsoleto ante el televisor color) y psíquica: ésta está dada por la moda (un vestido del color o el largo del año pasado, “cae” -por así decirlo- de su posición en la mente del -o la- consumidora.

Me detengo en la obsolescencia tecnológica porque me parece que muchas veces en Bioética se trata el tema del impacto de las nuevas tecnologías en la vida (fertilización asistida, métodos de investigación, etc.), como si no hubiera entre la Ciencia y los seres humanos la mediación de las estructuras económicas.

Los avances tecnológicos implican hoy mucha inversión. Inversión que -siguiendo la lógica de los negocios- no se hace sino a la espera de su retorno en ganancias. De modo que la tecnología no avanza por igual en todos los campos, sino más en unos que en otros.

Esto plantea problemas éticos en relación a la justicia en la distribución de los recursos par la investigación. Si todo quedara librado a las leyes del mercado, y sabemos en qué sentido irá el desarrollo tecnológico.

Acá reaparece la dialéctica cliente-empresa. Se ofrece al mercado lo que el mercado pide y se estimula al mercado a demandar. Mediando por supuesto el dinero. Quien tenga el dinero podrá comprar lo que desee. ¿También en servicios de salud?

Y esto no implica un problema ético en relación al que no tenga con qué pagar.

También lo implica en relación al que sí tenga. ¿Se dará a quien pueda pagar cualquier cosa que pida? “¿A qué peso querés llegar?”, suelen preguntar algunos dietistas que ya tiraron a la basura las antiguas tablas de pesos deseables.

Algunos campos de la medicina están ya totalmente en este esquema, otros aun no. Pero es ser demasiado pesimista pensar que estamos cerca?

La medicina estética está ya casi totalmente en él. Hasta hay promociones: al precio de uno bajan dos. Hay rebajas por cantidad: operarse senos y glúteos juntos sale más barato que por separado. Se habla de “chapa y pintura”. Del “mercado del usado” para referirse a las mujeres que se operan después de una separación.

Todo es muy cómico -como lo muestra el conocido sketch de Gasalla- hasta que se vuelve trágico.

Otro campo en el que esto es muy delicado -por las cuestiones fundamentales que implica en cuanto a la vida y la muerte, a qué es un ser humano, qué es la paternidad, la maternidad- es el de la fertilización asistida.

Aquí los colegas psicoanalistas se esfuerzan contra muchos obstáculos por incluir la dimensión del sujeto, tan fácilmente excluida por cierto cientificismo.

Es que nosotros tenemos la experiencia de cierta complejidad del ser humano, por ejemplo que el sujeto no es el yo, y que no siempre lo que se pide es lo que se desea.

En la lógica del marketing siempre hay que satisfacer la demanda, no importa que sea sustitutiva de una otra cosa que se desea. El producto ya está vendido y la decepción del cliente no impedirá que vuelva a comprar y a morder otro anzuelo.

Pero qué pasa si no se trata de mayonesa sino de hijos? Trabajar sobre el deseo de la paciente que pide tratamientos de fertilización asistida, distinguir el deseo de quedar embarazada, del de Ser madre, del de tener un hijo, del de criarlo...Si se trata de un deseo propio o de un mandato ajeno, si se trata de la omnipotencia o de la asunción de los límites...Bueno, todo esto implica la puesta en juego, la implicación del sujeto, y se trata de un ética que excede la ética del mercado.

Algunas de estas cuestiones nos pueden llevar a trabajar con mayor profundidad temas de Bioética, como la tan mentada oposición entre Paternalismo del médico y Autonomía del paciente.

Desde el punto de vista teórico convendría cuestionar la ilusión de autonomía y ver cómo unos y otros estamos sujetos a coordenadas que nos trascienden. Y desde el punto de vista práctico conviene no confundir el debido respeto a la autonomía del paciente con una trasferencia de responsabilidades. No se trata de preguntarle “a qué peso querés llegar”, ni “qué te parece la nariz de Susana Giménez”, ni “Cómo lo querés, varón, de ojos celestes...”

Leyendo alguna literatura de Bioética me suena un tanto anacrónica. Me parece que la sociedad ya no está dando al médico siempre ese lugar Paternalista del que dice “m’hija, me toma esto y me vuelve a ver la semana que viene”. Más bien me parece que poco a poco se produce un deslizamiento tal que se da al paciente el lugar del cliente y el médico el lugar de empleado de la empresa de servicios de salud. Un médico que no diría ya aquello de ‘m’hija’ sino “Aquí le vengo

a ofrecer de la conocida empresa X una variada cartera de productos médicos, con interesantes planes de pago...”.

Estos nuevos lugares –el de cliente para el paciente- y el de empleado para el médico, plantearán nuevos dilemas al médico: ¿qué deberá cuidar más, el interés del paciente o el interés de la empresa? ¿Cómo se medirá su eficiencia? ¿Cuáles serán los índices de “productividad” por los cuales se medirá su trabajo? ¿Será acaso la facturación o la cantidad de consultas? (Ej. institución educativa) ¿Será la cantidad de estudios o procedimientos facturables producidos?

Al respecto no puedo dejar de llamarles la atención sobre cierta publicidad que hay en estos momentos en los medios:

Una es de medicina prepaga. Dicen que lo van a atender tan bien que va a querer volver. El año pasado hubo otra publicidad en la que una señora, evidente hipocondríaca, se regocijaba de poder pedir consultas en todas las especialidades.

La otra es de aspirinas. Una joven dice qué menos mal que se mamá compró aspirinas X porque esa noche tiene un examen. Y una mujer dice que menos mal que compró aspirinas X porque ese día cumple 50 años.

Comentar estos avisos huelga.

Un ejemplo: una amiga que hace investigación de mercado me contó un comentario de un médico en una entrevista. Este habló de su preocupación por lo siguiente: El no está convencido de la necesidad de recetar antioxidantes y preferiría conversar con el paciente sobre modos de vida saludables. Sin embargo la presión de los pacientes demandando la receta es muy fuerte y él teme que si no la da pierda el cliente.

Por otro lado, lo mal que le paga la obra social lo empuja a recetar que es mucho más rápido que conversar.

Si trabajara en una empresa privada la pérdida del cliente a causa de dicha convicción no sería algo de lo que sólo él tendría que hacerse cargo, sino que tendría que dar cuenta a sus empleadores.

Y ¿de dónde surge la demanda del paciente de antioxidantes, sino de la oferta publicitaria de los medios de comunicación? “Cómo usted no me da lo que Fulano dijo en el programa tal que se da y que es la última novedad terapéutica?”

Estas me parece que son las nuevas cuestiones éticas que ya se están planteando y que se agudizarán en el futuro y que me parece que los comités no debieran llegar demasiado tarde a discutir.

Se puede decir que estos no son problemas de los hospitales públicos...

Sin embargo creo que en los comités de los hospitales públicos habría que empezar a trabajar estas cuestiones. Por un lado porque tal vez no sea un problema del presente pero sí de un futuro no sé cuán lejano.. Y por el otro porque aunque no vaya a ser la realidad de los hospitales, será por lo menos su contrafigura, aquello con lo cual tendrán que competir. (Si hoy alguien quisiera sacar una aspirina que no tuviera marca, por buena o barata que fuera, habría que ver cómo le iría en el mercado, porque el público ya está hecho a una modalidad de oferta que implica la marca, la publicidad, etc.)

Ahora bien, no se trata de satanizar el mercado y hay una ética del marketing y una ética empresaria.

Tal vez sea tiempo de la Bioética –para no escamotear estas cuestiones-, entre en diálogo con los especialistas en Etica empresaria, para quienes por supuesto, como en cualquier otro campo, no todo es válido.

Sería un prejuicio suponer que por el solo hecho de volverse la salud un asunto de empresa, vaya a quedar fuera de todo principio ético.

Por ejemplo Walter A. Weiskopf, profesor emérito de Economía de la Universidad Roosevelt, en un trabajo titulado “La categoría moral de la economía de mercado” dice lo siguiente (la cita es un poco larga, pero creo que vale la pena):

“...se va reconociendo cada vez más que la mano invisible del mercado no existe pero sí existe la mano visible de las burocracias corporativas y gubernamentales. Esto hace mucho más urgentes la cuestión de las relaciones entre mercado moral. Mientras se creyó que la mano invisible del mercado conduce a resultados morales beneficiosos se evitó la cuestión de la moralidad del mercado. Si la mano visible de la burocracia gubernamental y corporativa guía a la economía, surgen las cuestiones de las metas, los valores, los fines, la moral y el significado de la actividad económica. ¿Qué puede hacer la mano visible de las corporaciones y de los gobiernos? ¿Qué normas deben guiar las elecciones de estas organizaciones? En otras palabras mientras se crea que solamente las fuerzas impersonales del mercado guían a la economía, no hay que tomar decisiones morales. La aspiración al máximo de beneficio es todo lo que se requiere de las empresas y de los individuos. Mas si existe un poder de mercado, si ejecutivos corporativos y burócratas del gobierno toman opciones y decisiones deliberadas e influyen en la vida de cada uno, deben existir normas orientadoras de semejantes decisiones. No bastará ni el máximo beneficio, ni el equilibrio de los intereses individuales y de grupo: han conducido ya a resultados demasiado nocivos. Habrá que establecer una nueva búsqueda del bien individual y común y las decisiones económicas habrán de estar sujetas a la nueva moralidad económica.

Las tendencias culturales, psicológicas, ecológicas y económicas apuntan a la necesidad de una disciplina normativa de la economía que, una vez más, habrá de convertirse en parte de la ‘filosofía moral’. Ni la libre competencia, ni la planificación gubernamental solas pueden satisfacer las necesidades de un nuevo ETHOS económico. Semejante ETHOS ha de basarse en las convicciones y creencias de las personas que componen las burocracias corporativas y gubernamentales y en el espíritu de la gente que adquiere sus bienes y servicios. Esta moralidad sólo puede indicarse pero no detallarse. Tiene que brotar de la raíz y ser fomentada por la autoridad. Habrá de ser mucho menos adquisitiva y menos orientada al desarrollo que en el pasado. Habrá de poner más énfasis en la calidad de vida que en la cantidad de bienes. Habrá de aspirar a unos ingresos objetivos y aprender a distinguir cuándo más se convierte en demasiado. Actividades no económicas de recursos menores habrán de reemplazar las actividades derrochadoras. Habrá que cargar el acento en lo duradero y no en lo fugaz, en la conservación del capital y en la acumulación de recursos en lugar de su agotamiento. Mas, por encima de todo, habrá que desplazar al centro de la existencia humana las metas y los estilos de vida no económicos. Así, hasta cierto punto, habrá que sustituir al mercado por la moral. No se trata de un deseo utópico, si no de una condición necesaria para la supervivencia psicológica y física.”

Conclusión: prestar atención al contexto cultural en el que el ejercicio de la profesión no deja de ser una práctica social más. Y especialmente a esta tendencia a convertir todo en mercancía, incluso los servicios de salud, lo que plantea nuevos problemas éticos. Y si se trata de mercancías y empresas, bueno, incluyamos la Etica empresaria. Lo que no se puede es soslayar los problemas éticos. Y por supuesto la sociedad, los gobiernos y el Estado no deben desertar de sus obligaciones respecto de la salud de la población.