

OBLIGACIONES INCOMPATIBLES

Los médicos responsables del tratamiento de pacientes infectados con VIH y que también se desempeñan como investigadores en pruebas clínicas de terapias contra el VIH podrían encontrar ciertas incompatibilidades en ambos roles, lo cual implica problemas éticos.



En Australia, se entrevistó a un pequeño grupo de médicos (seis de medicina general y cuatro de hospital) durante el desarrollo de una prueba clínica de una vacuna contra el VIH con respecto a las tensiones que se experimentan al ser clínicos y, al mismo tiempo, investigadores dentro del campo de la medicina contra el VIH. En algunas ocasiones los intereses de los pacientes se contraponían a las metas de la investigación.

Como profesionales clínicos, la prioridad de los médicos consiste en velar por el bienestar inmediato de sus pacientes. Como investigadores, la prioridad de los médicos consiste en identificar los beneficios potenciales del medicamento experimental y compararlos con los efectos potencialmente dañinos. Por lo general, dicha comparación se realiza a través de una prueba clínica en doble ciego, aleatorizada, controlada con placebo en la que ni los médicos ni los pacientes saben si estos últimos están recibiendo el tratamiento experimental o el placebo.

Estas pruebas ofrecen esperanza, en especial a aquellas personas cuya salud se está deteriorando. Tal como lo indicó uno de los médicos, existe una creencia entre los pacientes según la cual "las pruebas no se perciben como tales sino como una puerta a terapias nuevas e innovadoras". Sin embargo, la labor ética del médico consiste en explicar claramente que la participación en la

prueba es un experimento: que el nuevo tratamiento podría ser efectivo, pero esto no se garantiza de manera alguna. De hecho, se podría demostrar que el producto experimental es ineficaz o más tóxico de lo que se pronosticó.

Asimismo, algunos pacientes trataron de pasar de una prueba a otra más reciente con el fin de obtener la última terapia. Los médicos no respaldan esta conducta. No obstante, como clínicos, consideraron que su responsabilidad principal se orientaba a sus pacientes. Al trabajar "en beneficio del paciente", algunos admitieron haber retirado a los pacientes de una prueba en curso para registrarlos en otra en alguna oportunidad.

En general, parece ser que los médicos intentaban ser buenos científicos. Sin embargo, en algunas ocasiones, se sintieron abrumados por las necesidades inmediatas y los deseos de sus pacientes, y todos los médicos entrevistados finalmente antepusieron su interés inmediato en el paciente a los resultados de la prueba.¹

EL DERECHO A NO SABER

Durante la investigación para identificar métodos de prevención contra la transmisión del VIH de una madre infectada al recién nacido, se recomendó a las voluntarias embarazadas que dieran positivo en la prueba de VIH informar a sus parejas sobre su condición. Sin embargo, algunas mujeres que decidieron hacer caso a dicha recomendación fueron echadas de sus hogares o recibieron una golpiza.

Después de haber otorgado su consentimiento informado, las voluntarias de un estudio de tres años de duración se sometieron a una prueba de VIH y recibieron asesoría antes y después de la prueba. En el caso de las mujeres que



dieran positivo para VIH, la asesoría buscaba ayudarlas a enfrentar la enfermedad, prepararlas para el futuro y reducir las conductas de riesgo.

Además de alentarlas a informar a sus parejas, se pidió a las mujeres VIH positivas que trajeran a sus parejas a la clínica para brindarles mayor asesoría. Durante los dos primeros años del estudio, 243 mujeres VIH positivas participaron y 66 de ellas compartieron los resultados de sus pruebas con sus parejas. Veintidós de las 66 mujeres regresaron a la clínica con sus parejas para someterse a la prueba y recibir asesoría (sólo cinco de los varones dieron positivo para VIH). Sin embargo, tras haber revelado su condición a sus parejas, 11 mujeres fueron echadas de sus hogares o reemplazadas por otra esposa, siete mujeres fueron golpeadas y una de ellas se suicidó.

Alarmados por la violencia contra las mujeres, los investigadores cambiaron su política sobre la asesoría. Durante el último año del estudio, las mujeres reclutadas para la investigación siguieron recibiendo información sobre el VIH pero no se les dio una cita para recibir los resultados de su prueba de VIH. En lugar de ello, se les indicó que podían pedir los resultados si así lo deseaban, y sólo 109 de las 311 mujeres que dieron positivo para VIH lo hicieron. Los científicos consideraron que este cambio constituyó un método más seguro y ético ya que ayudó a proteger a las mujeres contra la violencia o los estigmas.

Por otro lado, al no exigir que las mujeres conozcan su condición de portadoras del VIH, es posible que algunas mujeres VIH positivas que no estuviesen al tanto de su estatus pudieran propagar la enfermedad. Los autores del estudio llegaron a la conclusión de que la mayoría de mujeres que formaban parte del estudio (alrededor de 80 por ciento) sostenían relaciones estables en las que las mujeres supuestamente eran fieles a sus parejas, y era probable que sus parejas ya estuviesen infectadas. En el

caso de estas mujeres, recomendarles que revelen a sus parejas que eran VIH positivas sólo podría provocar que se convirtieran en víctimas de abuso por parte de sus parejas, quienes podrían casarse nuevamente y seguir esparciendo la enfermedad.²

SUMINISTRO DE PAE ANTES DE QUE SEA NECESARIO

Los investigadores médicos de la Universidad de Chicago, Illinois³, sostienen que se deben incluir las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) de manera rutinaria entre los anticonceptivos sobre los cuales los profesionales de la salud informan a los clientes, incluyendo adolescentes. Los investigadores presentan el siguiente ejemplo hipotético para demostrar cómo la falta de información sobre las PAE podría causar más daños que beneficios:

La Srta. Green es una joven de 16 años que ha sido sexualmente activa por aproximadamente un año y empezó a utilizar pastillas anticonceptivas hace seis meses aproximadamente. Ella trata de tomar las píldoras regularmente; sin embargo, admite que en algunas ocasiones olvida hacerlo. Ella afirma que, de salir embarazada, no se sometería a un aborto porque piensa que es moralmente incorrecto.



Al considerar si se debe informar a la Srta. Green acerca de las PAE antes de que pudiera necesitarlas surgen ciertas cuestiones de índole ética. Dado que la Srta. Green todavía no es una adulta, no tendría la edad suficiente, desde el punto de vista legal, para tomar una decisión informada por cuenta propia con respecto al uso de las PAE. En segundo lugar, debido a que los adolescentes por lo general utilizan los anticonceptivos de manera esporádica, al profesional de la salud le preocuparía

el hecho de que la Srta. Green pudiera dejar de cumplir con su régimen de anticonceptivos orales si se le informa sobre las PAE. De ser así, se incrementaría el riesgo de un embarazo no planificado.

No obstante, el uso previo de pastillas anticonceptivas por parte de la Srta. Green sugiere que es bastante responsable, y sería poco probable que cambiara repentinamente su comportamiento, sostuvieron los investigadores. (No existe evidencia de que las mujeres que conocen sobre la existencia de anticonceptivos de emergencia tengan menos probabilidades de utilizar un método anticonceptivo regular). Además, es precisamente debido al uso irregular de anticonceptivos que los adolescentes, como la Srta. Green, podrían beneficiarse si se les informa sobre las PAE antes de que las necesiten.

Por último, una razón de peso para informar a la Srta. Green sobre los anticonceptivos de emergencia se relaciona con “su creencia de que el aborto es moralmente incorrecto”, acotaron los investigadores. “En el caso de esta paciente y de otras que no consideran al aborto compatible con su esquema moral, el saber que los métodos de emergencia trabajan como anticonceptivos y no como abortivos les da la oportunidad de evitar embarazos no deseados después de haber tenido relaciones sexuales sin protección”.

CUÁNDO INTERVENIR

En el caso de estudios diseñados para identificar problemas en el servicio de salud reproductiva, los investigadores podrían realizar visitas a los centros de salud y observar un servicio de baja calidad que aparentemente, por razones éticas, requeriría su intervención.



Por ejemplo, un profesional de la salud podría dejar caer un dispositivo intrauterino al piso, recogerlo y prepararlo para insertarlo en una mujer sin haberlo esterilizado.

En este caso, el observador podría dudar en actuar, ya que su intervención podría influir sobre los resultados de la investigación. Sin embargo, la seguridad de cualquier cliente que se encuentre en riesgo evidente se antepone a las necesidades de los investigadores, y, en este caso, el observador debe intervenir para proteger al cliente, sostienen los autores de la guía del Consejo de la Población acerca del uso de análisis de situaciones para evaluar los servicios de planificación familiar y salud reproductiva.⁴ Tal como se establece en la declaración de Helsinki, “en las investigaciones médicas con seres humanos, las consideraciones relacionadas con el bienestar del participante humano tendrán prioridad sobre los intereses de la ciencia y la sociedad”.⁵

Es relativamente raro que se produzca un caso como este. No obstante, sigue siendo posible que surjan cuestiones éticas inquietantes cuando los observadores presencian problemas menos serios con respecto a la calidad del servicio. De hecho, a menudo los observadores notan errores, equivocaciones e información errónea, y los entrevistadores frecuentemente descubren que a los clientes no se les proporciona información esencial sobre el método anticonceptivo de su elección.

¿Los observadores deben intervenir en tales casos? “Evidentemente, esta conducta [en cada situación de suministro de servicios] sería tan invasiva y perjudicial para el buen entendimiento con el personal que arruinaría la posibilidad de recopilar información útil para el programa y la toma de decisiones sobre políticas y, en consecuencia, la posibilidad de realizar las mejoras necesarias se vería afectada

de manera considerable”, concluyen los autores de la guía del Consejo de la Población.

Dados los dilemas éticos que los observadores deben enfrentar en estos casos, los autores de la guía del Consejo de la Población recomiendan desarrollar una lista de situaciones que podrían requerir algún tipo de intervención y someterla a discusión con las autoridades locales competentes antes de dar inicio a tales estudios.

RESPECTO

En diversos entornos culturales, la falta de lineamientos éticos claros y de protocolos para la educación médica y la práctica clínica, además del elevado estatus que gozan los médicos, podría hacer que los profesionales de la salud pasen por alto la autonomía de las mujeres y transgredan su derecho a recibir un trato justo en lo que respecta a la salud reproductiva. Por ejemplo, un estudio que se llevó a cabo en 1997 y 1998 en el hospital universitario de una de las principales facultades de medicina de El Cairo demostró claramente que se descuidó la autonomía y el derecho a la información de las mujeres en el proceso de enseñanza.⁶ El siguiente diálogo que tuvo lugar durante el estudio nos sirve de ejemplo:

Médico (dirigiéndose a una de las mujeres que figuraba en la lista de cirugías de ese día para una histerectomía): ¿Desea tener más hijos?

Paciente: Tengo tres, gracias a Dios.

Médico (dirigiéndose al personal y a los estudiantes): Eso basta como consentimiento. Si la paciente está tranquila y actúa racionalmente se le puede explicar el procedimiento, o mejor simplemente explíquenselo a su esposo.

Además de dar poca importancia a las mujeres, el personal médico y los estudiantes con frecuencia las excluyen

de las conversaciones acerca de su salud hablando en inglés, un idioma desconocido para las pacientes. El estudio descubrió que las mujeres, a menudo tratadas como instrumentos de aprendizaje, no tenían derecho a participar y compartir su información, tal como se ilustra a continuación:

Médico: ¿Cuántos hijos tiene?

Paciente: Tres, y gracias a Dios todos saludables.

Médico: No le pregunté eso.

Paciente: Lo siento.

Médico: Y ¿utiliza algún método (anticonceptivo)?

Paciente: Quería decirle que estoy dando de lactar.

Médico: ¿Acaso le pregunté eso?

Paciente: Perdón.



De hecho, esta mujer presentaba una infección del tracto reproductivo. Ella quería decirle al médico que no utilizaba o no quería utilizar métodos anticonceptivos porque estaba dando de lactar y no menstruaba durante la lactancia. En lugar de ello, el médico se rehusó a escucharla e insistió en que retornara para colocarle un dispositivo intrauterino, a pesar de su infección.

El proyecto investigó de qué manera la formación clínica en obstetricia y ginecología influía sobre las percepciones de los estudiantes acerca de la salud reproductiva y los derechos de las mujeres, y se centró en las interacciones entre las pacientes y los médicos de sexo masculino. Se observó a los estudiantes de quinto año y a sus maestros durante 100 rondas de enseñanza clínica. La investigación también incluyó entrevistas con 50 estudiantes de medicina y 14 de sus maestros. Los miembros del Grupo de Trabajo en Salud Reproductiva del Consejo de la Población y otros colegas estuvieron a cargo del estudio, el cual se financió a través de una donación de

la Dutch Overseas Development Corporation.

Los estudiantes de medicina egipcios que fueron observados y entrevistados en este estudio frecuentemente no recibían instrucción o recibían instrucción inadecuada relativa al consentimiento para los exámenes y procedimientos de salud reproductiva. Tampoco dieron a sus pacientes información relativa a los exámenes físicos realizados por los médicos docentes o durante las rondas clínicas en las que se podrían presentar sus historias clínicas. Se esperaba que las pacientes fueran pasivas y se creía que eran incapaces de entender sus propias condiciones de salud y de enfermedad. Tres de cada cuatro estudiantes entrevistados pensaban que las mujeres eran indecisas y que necesitaban ayuda para tomar decisiones (especialmente acerca de la anticoncepción), y casi dos de cada tres estudiantes pensaban que las mujeres serían incapaces de entender

información compleja. Lo más importante de todo fue que en el 87 por ciento de los casos examinados en las rondas clínicas, a las pacientes no se les dijo cuál era el diagnóstico, aunque un porcentaje similarmente elevado recibió seguimiento y tratamiento.

El estudio demostró que la instrucción explícita relativa a la ética de la práctica clínica y los derechos de las pacientes no es común. La mayoría de los estudiantes aprendían observando la forma en que el personal docente interactuaba con las pacientes. Con frecuencia, esto hacía que los estudiantes creyeran que la intervención médica era su misión primordial, y que la interacción respetuosa con las pacientes no era importante.

REFERENCIAS

1. Hales G, Beveridge A, Smith D. The conflicting roles of clinicians versus investigators in HIV randomized clinical trials. *Cult Health Sex* 2001;3(1):67-79.
2. Temmerman M, Ndinya-Achola J, Ambani J, et. al. The right not to know HIV-test results. *Lancet* 1995;345(8955):969-70.
3. Bell BS, Mahowald MB. Emergency contraception and the ethics of discussing it prior to the emergency. *Women's Health Issues* 2000;10(6):312-16.
4. Miller R, Fisher A, Miller K, et al. *The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health Services: A Handbook*. (New York: The Population Council, 1997)19-20.
5. *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Adopted by the 18th World Medical Association General Assembly, Helsinki, Finland, 1964 and as amended by the 52nd World Medical Association General Assembly, Edinburgh, Scotland, 2000. Available: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>.
6. Sholkamy H. 'Old men's tales' or medicine, physicians' perceptions of gender and reproduction in Egypt. *The International Union for the Scientific Study of Population Seminar on the Production and Circulation of Population Knowledge*, Providence, RI, 20-24 de marzo de 2001