

Acercamiento al programa de control de enfermedades de transmisión sexual con una mirada en la bioética

Approach to the program for the control of sexually transmitted diseases with a look at bioethics

Anisia Yolanda Pérez Jiménez¹

RESUMEN

En el presente trabajo se hace una pequeña revisión en los principios de la bioética desde su irrupción en el mundo desde que Potter comenzó a hablar de ella en 1970. Hacemos un análisis de cómo se comportan la autonomía y el consentimiento informado en el programa de control de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en Cuba, vemos como en él predominan los principios de beneficencia y justicia y como debemos trabajar los médicos cubanos en la incorporación del principio de la autonomía y como debemos manejar el consentimiento informado, acorde a nuestra realidad y características nacionales.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

1. Especialista de 2do grado en Dermatología, Profesora Titular

INTRODUCCION

La Bioética irrumpió en el mundo hace 30 años cuando Potter comenzó a hablar de ella en los EE:UU, en los años 1970 (1) y luego de su irrupción, su avance ha sido extraordinario, sobre todo en los países desarrollados, aunque en los últimos tiempos en la Región de América Latina y el Caribe ha habido, una estrategia de divulgación y capacitación que sin duda llevará al desarrollo de esta ciencia en la Región.

La manipulaci6tica, la transplantología, la maternidad subrogada y la Eutanasia, entre otras, plantean nuevos deberes morales para la humanidad. La reflexiótica proporciona un marco filos6fico y moral para resolver estas cuestiones de forma ordenada y justa, respetando, tolerando la tica y las diversas creencias profesionales y personales.

Desde hace algùn tiempo, en nuestro país se ha suscitado un marcado deseo de profundizar en el estudio de la bioética y esta ha sido reconocida por Julio Montt, director del Programa Regional de Bioética, para América Latina y El Caribe, quien piensa que además de los 45 comités de Bioética y las 13 entidades de este tipo existente en Cuba, los cubanos han ganado un espacio relevante en el terreno investigativo, fundamentalmente en los aspñanza de esta disciplina, puede ayudar a resolver algunos problemas de la vida cotidiana. (2)

En esta provincia nos hemos quedado algo rezagados en introducirnos en este campo, no obstante, considero que la preocupación de un grupo de profesionales de la salud por acercarnos a los temas inherente a la bioética, nos ha llevado al estudio de la Bioética y su aplicación en nuestro radio de acción y el presente trabajo es una modesta prueba de ello.

DESARROLLO

La antigua y aparentemente inmutable ética médica se ha visto sacudida en los últimos 25 años desde que en 1970 Van Ronsselean Potter utilizó por primera vez el término Bioética y más tarde ésta se definiera como "El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológica y la atención de la salud, en la medida, que esta conducta se encamine a la luz de valores y principios morales (Warren T Reica).

Por todos es conocido los cuatro principios básicos de la Bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) y la amplitud que encierra cada una de ellos. Los

dos primeros, vienen desde la medicina hipocrática y han estado presente a lo largo de toda la historia de la medicina, sin embargo, el principio de la autonomía es el que más opiniones ha levantado y sigue levantando en este campo, y en algunos países se ha elevado al primero, de los principios de la Bioética, siendo esta la reorientación radical ocurridas en la larga historia de la tradición hipocrática (3). El desarrollo de la autonomía a traído como consecuencia que la relación entre el médico y el paciente es ahora más franca y abierta. Autonomía, que significa auto gobierno, es una cualidad inherente a los seres humanos que les permite actuar de forma razonada.

Pellegrino, en su artículo, (2) cita a Beauchamp, quien plantea que la autonomía pese a su uso universal en la vida médica a menudo es objeto de una interpretación simplista, y este investigador junto a Foden hace una distinción precisa y válida entre la persona autónoma y la acción autónoma y al tratar el consentimiento informado, prefieren hacer hincapié en el acto autónomo, más que en la persona autónoma.

La autonomía ha sido interpretada como un derecho moral, derecho legal, deber, un concepto o un principio. Es válido decir que la autonomía emana de la capacidad de los seres humanos, para pensar, sentir, emitir juicios. Ahora bien, existen restricciones a) internas y b) externas que pueden impedir las decisiones y acciones autónomas. Entre las primeras tendríamos lesiones o disfunciones cerebrales causadas por trastornos metabólicos, drogas, traumatismos o trastornos psiquiátricos, retraso mental, etc.

En el segundo caso, aun cuando no existan limitaciones internas, pueden existir limitaciones externas como engaños, coerción, privación de información indispensable.

Un acto autónomo satisface los criterios de consentimiento informado. Es una decisión y un acto sin restricciones internas ni externas, con tanta información como exige el caso y acorde con las evaluaciones hecha por la persona en el momento de tomar una decisión.

La autonomía no deja de tener limitaciones, como vemos, y en países del área capitalista, la acentuada cualidad legalista, las pruebas documentales y la protección contra pleitos, se convierten en preocupaciones obsesivas más que en cualidad moral del proceso del consentimiento. Por otra parte, cuando se hipervalora la autodeterminación, se minimiza las obligaciones del médico respecto a la beneficencia. Cuando la autonomía se convierte en algo absoluto, cada persona llega a ser un tomo moral que determina sus derechos independientemente e incluso, contra las exigencias de la entidad social a la que pertenece. Hay que buscar el equilibrio entre autonomía y bien común. Estas deficiencias morales del concepto de autonomía mejoran cuando consideremos el concepto más fundamental de integridad de las personas, (totalidad, entereza, unidad intacta) es decir, que la integridad abarca la autonomía. La autonomía es la capacidad de una persona total pero no es el total de las personas. -La integridad de las personas, es el equilibrio, la armonía, entre las diversas dimensiones de la existencia humana necesaria para el buen funcionamiento del organismo humano (elementos corporales, psicosociales e intelectuales) ningún elemento es desproporcionado con relación a los demás, cada elemento cede ante otro por el bien del conjunto. En este sentido podemos decir que la integridad es sinónimo de salud. La enfermedad sería mínima de desintegración, de ruptura de la unidad de la persona.

Ahora bien, por fundamental que nos parezca el derecho moral del paciente al respeto de su integridad y autonomía, esto no es absoluto, cuando ese derecho entra en conflicto con el de la integridad de otras personas, surgen varias limitaciones.

Para preservar la integridad de la persona enferma no basta con el respeto a su integridad, sino que es indispensable que el médico sea una persona de integridad, la persona de entereza moral, que respeta los matices y las sutilezas del derecho moral de la autonomía, una persona en la que se pueda confiar y que posee la máxima sensibilidad moral.

Por todo lo anteriormente planteado, se puede afirmar, que lo óptimo es cuando la decisión proviene del médico y del paciente. El médico debe tomar la decisión "por los intereses del paciente" y "con" el paciente. Esta vía preserva el derecho legal a la integridad, el derecho moral a la autonomía y el derecho moral más profundo a la integridad de las personas (3). ¿Cómo un profesional de la salud puede

enfrentar el reto del desarrollo de la ciencia y la técnica y los avances en la Bioética? La respuesta es una sola, los profesionales de la salud deben ser como digiera nuestro comandante en jefe Fidel, profesionales de una formación integral, incluyendo el aspecto humanista, para que sepan resolver los problemas típicos que se presentan en el ejercicio de la profesión

Como hemos hablado, en párrafos anteriores ¿Hasta qué punto o debe influir un paciente en las decisiones médicas? Para que el paciente tome una decisión válida, suele considerarse requisito indispensable que actúe con autonomía y competencia, si la persona no está incapacitada para ejercer la autonomía puede aceptar o rechazar una intervención basándose en la información de que dispone. ¿Qué decirle al paciente? La respuesta depende de lo que se considere fundamental el bienestar del paciente a el respeto a su persona, y esta disyuntiva es válida no solo en el ejercicio de la medicina, sino también en las investigaciones médicas. (4) y (5).

Desde luego, no todos los procedimientos médicos se definen de la misma forma, ni se enfoca igual la imposición de una nueva terapéutica o la inclusión de un enfermo en una investigación clínica, sino que participa igual un paciente bien informado y con interés en participar en determinado proceder médico al cual va a ser sometido, a un enfermo que prefiere "ponerse en manos del médico" y la autonomía para este enfermo es una fuente de frustración y ansiedad, no una satisfacción.

Los profesionales de la salud, no deben mal interpretar el concepto de autonomía y entenderlo en el sentido de contarle todo al enfermo, o hacer lo que el enfermo quiere. Según nos plantea Roberto Salas en su artículo, se debe establecer una comunicación sólida, basada en el respeto de la dignidad de la persona, hay que equilibrar por un lado el principio de la veracidad (respeto al derecho del paciente) y por otro el principio según el cual develar la verdad no debe provocar más daños que beneficios. (6).

Resulta interesante, conocer las experiencias de otros países, pero en ningún caso se debe extrapolar los resultados de esas experiencias. No es la misma realidad la de un país desarrollado, que la de un país pobre. Por ejemplo, en Canadá (7) el proceso de capacitación en esa disciplina se incluye desde hace varios años, en todos los programas de filosofía de las universidades canadienses, e incluso en programas afines de estudios religiosos, y a pesar de esto, reconocen que en los pasados años esto ha sido insuficiente y se han ido ampliando y perfeccionado los programas tanto del pre como del postgrado.

En ese país, el interés para la Bioética se intensificó durante los años 80 y cuenta con muchas instituciones importantes de Bioética y con la Sociedad de Bioética Canadiense, que constituye un foco dinámico para el fomento de la investigación en este campo.

Otros países menos desarrollados de esta región como por ejemplo Perú (8), la Bioética no ha adquirido aún actividad propia, en las investigaciones clínicas se han planteado dudas respecto al control de la calidad de los medicamentos ensayados, hay una gran incidencia de embarazadas adolescentes y las prácticas abortivas ilegales ganan muchos fallecimientos e ingresos hospitalarios; estos serían solo algunos de los problemas a resolver en ese país, problemas que se repiten en otros países de las regiones.

Ya hemos comentado en otra parte de este trabajo, como en Cuba, ha ido ganando interés el estudio de la Bioética, desde luego, nuestro país puede vivir orgulloso de los esfuerzos que ha hecho y hace, por elevar la salud a un derecho de todo el pueblo y mejorar cada día la calidad de los servicios, acorde con lo que nuestro pueblo merece, no obstante, el estudio y la capacitación en Bioética, a mi entender, se ha quedado algo rezagado, si bien en estos momentos existe el interés de impulsarlos.

Particularmente en nuestra provincia, esta capacitación debe impulsarse de forma geométrica ya que muchos profesionales actúan de forma tal que parecen ignorar los conceptos antes estudiados, violando constantemente la autonomía de los pacientes y el consentimiento informado; se realizan amputaciones, mastectomías, se les impone terapéutica, etc, de las que los pacientes se enteren solo después de consumado el acto.

En dermatología pudiéramos incursionar de igual forma en muchos aspectos, pero hemos escogido el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) pues, los dilemas Bioética han sido estudiadas en muchos países en relación al SIDA que también es una enfermedad de transmisión sexual;

pero que se trata y se estudia en programas diferentes; sin embargo, pienso, que tienen, como es fácil darse cuenta, aspectos comunes.

En el caso de la ETS, que son muchas, en nuestro país existe un programa de control donde fundamentalmente se estudian la Sífilis y la Blenorragia, el cual en su objetivo general plantea interrumpir la transmisión de la Sífilis y la Blenorragia y reducir las complicaciones graves (9).

No obstante, al noble objetivo del programa, constantemente se cometen violaciones de algunas cuestiones por ej: desde que el laboratorio detecta una VDRL reactiva o un análisis positivo de N. Gonorrea ¿Cuántas personas intervienen en el "Secreto del paciente?". Los técnicos del laboratorio, la empleada que entrega los análisis, la enfermera encuestadora, el Dermatólogo y el médico de familia, el Dpto de estadística y el epidemiólogo. Cada uno de estos eslabones representa un riesgo que compromete voluntaria o involuntariamente el secreto del paciente y se viola la confidencialidad.

Sin embargo, ninguna de estas personas que trabajan con las ETS, debieran olvidar que el secreto profesional es un deber del médico desde el juramento de Hipócrates, y ya bien sea un secreto natural o prometido (10), deben respetarlo y no lesionar la integridad de la persona.

Dicho programa concibe un tratamiento de elección la penicilina benzatánica y tratamientos alternativos en caso de alergia a ese fármaco; es decir aquí tampoco el paciente puede ejercer su autonomía y decidir con el médico cuál de los tratamientos posibles está dispuesto a seguir. Desde luego en este caso la autonomía está limitada, pero está maximizada la garantía de salud pues ese paciente y sus contactos recibirán el tratamiento que los librarán de la enfermedad y sus secuelas de forma totalmente gratuita.

Otro paso a cumplir en el programa de ETS es cuando la enfermera especializada en el programa debe interrogar al enfermo y obtener de él, la confección de sus contactos, sospechosos y asociados, y proceder a la entrevista y estudio serológico de esas personas. En este paso, la enfermera especializada en el programa también puede cometer violaciones, sobre todo por lo dispuesto en el programa, no toma en cuenta la autonomía del enfermo; esto se subordina a la beneficencia, como podemos apreciar no se protege la integridad del paciente índice, pero se hace con el objetivo de preservar la integridad de las otras personas que pueden estar enfermas y desconocerlo.

Sabemos que en el total los países no se actúa igual con las ETS; pero con la epidemia del SIDA se han acentuado las reflexiones en tal sentido. Conocemos de algunos trabajos al respecto (10)(11), por ejemplo, Valentina Borodi (11) plantea que en Italia el respeto al secreto profesional, llega a tal punto, que, a la pareja de un enfermo de SIDA, no se le informa acerca de la enfermedad del mismo, si el paciente no lo autoriza.

¿Hasta qué punto esto es bueno o es malo? ¿Bueno o malo y para quién?

En los países que siguen ese modelo, por no lesionar la integridad de una persona, poner en riesgo la integridad de otras, aquí la autonomía estaría en primer lugar, por encima de la beneficencia, al menos para los contactos.

Algo similar ocurre con la selección del tratamiento, ya que dicho programa, como podemos ver en el programa de control de ETS está limitado el derecho a la autonomía del paciente, el mismo está diseñado basado en el principio de la beneficencia y de protección a la sociedad, en nuestro país esta no plantea una contradicción antagónica con los principios de la Bioética, pienso que de la actitud de los profesionales de la salud que intervengan en el manejo de un paciente con ETS, dependerá la satisfacción o no del enfermo, quien, no conoce las particularidades del programa. Por lo que pensamos que la adecuada capacitación Bioética de dichos profesionales, resolver a los problemas que pudieran presentarse y la calidad del servicio prestado, será superior.

Con esto quiero decir, que estamos en condiciones favorables para que en los próximos años, tengamos avances importantes en el campo de la Bioéticos.

CONCLUSIONES

1. Podemos decir que en nuestro país el desarrollo de la Bioética no ha marchado acorde al desarrollo que ha tenido la salud, aunque en los últimos años, se ha impulsado el estudio de la misma.

2. En nuestra provincia, el estudio y desarrollo de la Bioética se ha quedado rezagado con relación a otras provincias de nuestro país.
3. Un gran número de nuestros profesionales no tiene en cuenta la autonomía ni el consentimiento informado, esto lo prueba, la forma en que se aplica determinados procedimientos.
4. En el programa de Control de las ETS no se tiene en cuenta el principio de la autonomía; el mismo está diseñado basado en el principio de la beneficencia y la protección social.
5. En algunos momentos, en la aplicación del programa de control de las ETS se puede violar el secreto profesional de forma voluntaria o involuntaria.
6. Una correcta capacitación ética de los profesionales de la salud, y en particular de los que trabajan con las ETS, resolvería las dificultades planteadas en este campo.

RECOMENDACIONES

Incrementar la capacitación ética de los profesionales de la salud. - Fomentar la formación de una sociedad científica de Bioética.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. García Guillen D. El que y el por qué de la Bioética. Cuaderno de programa Regional de Bioética 1995;(1):37.
2. Parlamento de territorio del Norte en Australia. Legalizar en territorio la eutanasia por primera vez en el mundo. Australia 1995;jun 2.
3. Pellegrino ED. La relación entre la autonomía e integridad en la ética médica. Bol Of Sanit Panam 1990; 108 (5-6):379.
4. Lara MC, de la Fuente JR. Sobre consentimiento informado. Bol Of Sanit Panam 1990;108(56):439.
5. Pellegrino ED. Metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años. Cuadernos del Programa Regional de Bioética 1995;(1):19.
6. Sala R. Autonomía y consentimiento informado. Modelos de relación entre médicos y enfermo mental medicina y ética 1994;(4):405.
7. Dickens RM: Tendencias actuales de la Bioética en . Bol Of Sanit Panam 1990;108 (5-6):524.
8. Llanas Zuluega R. Bioética en el Perú. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5-6):565.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Control: Enfermedades de transmisión sexual. La Habana: MINSAP, 1994.
10. Espinosa de los Reyes DV. El secreto profesional medicina y ética 1994;(3):301-313.
11. Boroni V. Infección por HIV y secreto profesional. Medicina y ética 1992;(3):299.