FELSOCEM

# BIOÉTICA Y EJERCICIO PROFESIONAL EL DESAFÍO DE UNA MEDICINA SOSTENIBLE

**Fernando Lolas Stepke.**
*Director Programa Regional de Bioética Organización Panamericana de la Salud, Prof. Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.*

## PROFESIONALES Y USUARIOS: DIFERENCIAS EN SABER Y EN PODER

Las relaciones entre profesionales y usuarios de sus servicios sufren continuos cambios. Parte de la "revolución bioética" ( esto es, el cambio de lo que es usual y permisible en el intercambio social ) puede resumirse en las oscilaciones que sufre la relación entre el conocimiento formal y su contraparte legal o profana. La revolución que ha significado la diseminación de informaciones no ha afectado la primacía del conocimiento, que es información organizada en, por y para intereses sociales de orden intelectual, estético o utilitario. La posibilidad de actuar se amplía gracias a la articulación teórica del conocimiento formal, que lo hace enseñable ( reproducible), prospectivo y anticipa contextos y justificaciones para su empleo racional y moralmente justificable ( legalidad metódica y legitimidad moral )[1].

Es gracias a la potencia del conocimiento formal y su ascendiente moral sobre la sociedad que puede afirmarse que las profesiones se constituyen sobre asimetrías sociales: los que saben y los que no saben. Sin embargo, estas asimetrías ya no se expresan como desigualdades en poder sino como diferencia de perspectiva. Diversidad y diferencia que deben reflexivamente armonizarse en síntesis superiores.

Esta diferenciación puede ser *sincrónica*, por tareas y papeles complementarios durante la relación profesional-usuario, o *diacrónica*, modificandose a tenor de las trayectorias vitales de médicos y enfermos, profesionales y clientes, ofertantes y demandantes.

Asimismo, *contextualizada* no es lo mismo la enfermedad que amenaza la vida que la enfermedad cotidiana y trivial, la aguda o la crónica. Tampoco son iguales los espacios semánticos del "sentirse enfermo", "tener una enfermedad" o "ser considerado enfermo". En estos contextos se modifica la relación entre las personas y sus respectivos papeles sociales ("roles").[2] Pero la relación profesional-cliente o médico-enfermo no existe en un vacío social. Está influida por el contexto de tradiciones, valores y cultura de una peculiar e irrepetible circunstancia. No se la puede ignorar.

## EL CONTEXTO DE LA PRÁCTICA: MEDICINA PRIVADA Y PRIVATIZADA

La *medicina privada* no es igual que la *privatizada*. Siempre que los terapeutas ejercieron su oficio, recibieron compensación y pago. En el ámbito privado, el profesional solidario se paga a sí mismo no sólo con dinero sino con la satisfacción de la tarea bien hecha, el cumplimiento gozoso del "llamado" o vocación y el placer de ser dueño autónomo de su oficio. Eso era, eso es, la medicina privada, pródiga en dones espirituales, el no menor de los cuales es la identidad asumida conscientemente.

Distinta es la medicina "privatizada". Esta ha perdido la autonomía, de la que brota la identidad del quehacer y del profesional. Rige en ella una racionalidad diferente.Ya no la racionalidad terapéutica ( de ayuda) ni la científica ( de adquisición y expansión del conocimiento) o la cosmética ( de perfección estética, de vida bella y buena), sino la racionalidad pecuniaria. En ésta, la eficiencia, con su valor moral, queda despojada de su dimensión espiritual y resta solamente su valencia técnica.

La racionalidad tecnocrática puede confundirse parcialmente con la pecuniaria pero no es idéntica a ella. La racionalidad tecnocrática busca la eficiencia, que es la eficacia en el plano de lo real, es decir, en sus resultados últimos. Puede haber eficiencia teórica y rendimiento económico sin eficacia real. Un sistema de charlatanería puede ser eficiente en términos económicos e ineficaz en lo terapéutico. Eficacia y eficiencia son por ende valores relativos y pueden predicarse en un contexto específico.

Cuando se distingue entre medicina privada y privatizada se pone el acento en el tema de la autonomía. En la primera, el profesional la retiene y administra. Se proporciona satisfacciones de acuerdo con su cultura, sus tradiciones y su vida personal. Da cuanto quiere y puede dar, exige lo que el ethos de su profesión le pide exigir. Recuérdese a este respecto el juramento hipocrático, el código de Percival y el documento fundacional de la Asociación Médica Mundial. En lo privado, lo propio del oficio, puede el profesional mantener la "etiqueta" debida a sus pares, respetar y defender los fueros de la profesión y sentir que está en control de sus actos y de las consecuencias de sus actos.

En cambio, la medicina privatizada es una medicina dominada. Ni los profesionales ni los usuarios escapan a su control. Todos pierden autonomía, que delegan al poder gerencial y pecuniario.

Conocidos son los efectos sobre los usuarios o pacientes.

Pierden posibilidad de elegir, ven disminuida su confianza en lo científico, cercenadas sus posibilidades de participación, diálogo y regulación de los procesos diagnósticos, terapéuticos y preventivos.

También los profesionales ven reducida la autonomía de sus decisiones. Su prudencia, que siempre ha consistido en contextualizar el saber, adaptar lo universal al caso concreto, se ve menospreciada. Los resultados de su esfuerzo se hacen invisibles y anónimos, se desligan del trabajo real. Una suerte de anomia profesional les acomete. Su aprecio ya no depende de lo que hagan y cómo lo hagan sino del rendimiento y la ganancia que produzcan para el sistema. Alguien ha llamado a lo que ocurre con la identidad profesional "síndrome de Tomás " en recuerdo al personaje central de la novela "La insoportable levedad del ser " de Milan Kundera. En ella el protagonista, médico sin vocación, ve perderse su identidad como tal y se convierte en un juguete de la circunstancia y esclavo de la coyuntura.

## ÉTICA SOCIAL Y EJERCICIO PROFESIONAL

El problema roza lo ético en la medida que lo espiritual, la dación de significado que cada profesional hace de su tarea, debe tener una conexión orgánica con el contexto de la cultura. En ésta, como si sabe existen "satisfactores", circunstancias y condiciones que dan sentido a la acción, dotándola de esa conexión entre medio y fines que se presiente como "natural y legítima", que produce la satisfacción del sentido de pertenencia y su correspondiente identidad.

Bajo esas condiciones se puede ser lo que se es en verdad y aspirar a una identidad, el "*self*", que es el yo reflejado en los demás como producto de su presentación social. Constituir la identidad a través del "hacer" es una invariante de las ciencias occidentales desde la entronización del capitalismo y su "ética del trabajo", que la tradición cristiana, especialmente la protestante, asocia con el esfuerzo, la penuria y el sacrificio.

Sólo en un clima de libertad, de posibilidad de opciones, puede florecer el verdadero comportamiento ético con reflexiva apropiación y justificación de la conducta moral Si no, se trata solamente de ciega obediencia a la norma. Conducta heterónoma, dictada por otros, cuya única validez consiste en seguir o no las reglas. Su valor moral es menor, cuando no dudoso.

La asimetría del conocimiento no causa necesariamente el poder profesional. Una perspectiva funcionalista permite superar el prejuicio de una hegemonía estructural de las profesiones. De acuerdo con ella, los papeles sociales se modifican según los cometidos que las personas aceptan realizar. En el caso de la medicina, los papeles de terapeuta y de enfermo no se restringen a los que la sociología clásica, digamos la parsioniana, describió. De hecho, en la actualidad, algunos contextos se caracterizan por un papel distinto y sobre todo por la preeminencia de los agentes "macro" aquellos que están por fuera o sobre la relación terapéutica. Ya hemos hecho mención de la influencia de los factores económicos. Pero no debe desdeñarse la influencia de la información masiva a que todos tienen acceso. Parte de ella es positiva, parte inútil y parte puede ser nociva. No obstante, cumple un papel interesante y especialmente relevante, en el autocuidado. Aquí, idealmente, el profesional debiera participar sólo como motivador, supervisor y mentor tal vez corrigiendo erradas interpretaciones o proveyendo informaciones adicionales. Hay un punto en le cual el autocuidado deja de ser suficiente. Allí empieza el papel de la ayuda informal de parientes y amigos, complementada por la asistencia profesional. Se dividen las tareas, aumenta la pasividad del paciente (se hace mas paciente, más pasivo).

La rotulación final, la enfermedad constituida como entidad de observación y blanco de intervención entrega al profesional un protagonismo mayor. Debe aquí distinguirse entre la enfermedad aguda y la crónica. No sólo por su duración e impacto. También por lo que una y otra significan. La enfermedad crónica, tiene como atributo la irreversibilidad del trastorno y la globalidad de su influjo. No se curará en el sentido de "restitutio ad integrum" y modifica todas las esferas de la vida. Se hace una nueva forma de vida. Sólo puede esperarse una reformulación del papel vital, una reinserción social con el papel de prótesis social que en este caso desempeñan las ayudas expertas bajo la forma de elementos compensatorios, fármacos o dispositivos. No se aspira a la "restutio ad integrum", a la funcionalidad total del cuerpo sino a "restituio ad integritatem" a volver a las personas capaces de participar en sociedad.

Se hace necesario asociar la "eticidad" del trabajo profesional con la "sostenibilidad" de la oferta y una adecuada respuesta a la demanda. Esta sostenibilidad tal vez sea posible sólo si se ponen límites, si no se permite esperar más de lo que el sistema puede dar. En el precepto de no maleficiencia ha de incluirse por ende un "no dañar" por la esperanza, no perturbar por ofrecimientos que no se cumplirán. El acceso equitativo a servicios reales debe ser meta de un sistema de salud.

El ejercicio profesional del médico no consiste solamente en la ejecución de un oficio. Debe incluir, además, una labor de magisterio público, enseñando a las personas que la salud no es solamente tema para profesionales sino responsabilidad compartida por todos. La medicina sostenible del futuro, profundamente ética, debe ser responsablemente construída por médicos, pacientes, familiares, funcionarios, amigos, en fin, por todos los miembros de la comunidad. La enseñanza última de la bioética es que el diálogo es una herramienta para la consecución de fines socialmente legítimos.[3]

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Lolas, F. Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello, 1997.
2 Lolas, F. Proposiciones para una teoría de la medicina. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1992.
3 Lolas, F. Bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1998.