

CONFLICTO DE INTERESES

El médico investigador

Desde que la ciencia comienza a ser pensada en términos de ejercicio científico, el médico comienza a cambiar su perfil y a pensarse a sí mismo como apto para ejercer la tarea científica. Esto fue posible además por el giro epistemológico que adquirió la ciencia a partir del siglo XVII cuando se va convirtiendo, paso a paso, en subordinada a la técnica. Hoy no podemos diferenciar un técnico de un científico, trabajan codo a codo en los laboratorios y muchas veces lo más que hacen es ser meros empleados de empresas que a cambio de un sueldo mensual les hacen realizar procedimientos en serie, al modo del fordismo, para alcanzar objetivos que la más de las veces desconocen. Dentro de ese juego entran los médicos, que no trabajan en los laboratorios sino en los consultorios y lo que hacen es aportar sus enfermos, (en realidad lo que aportan son objetos de investigación, enfermedades) desconociendo la más de las veces para qué, debido a la complejidad de los protocolos científicos actuales. Los datos que aportan los médicos no son analizados por ellos, tampoco instrumentalizados en función de un objetivo, ni menos aún incorporados a estadísticas cuya dinámica desconocen en absoluto. Ellos son meros recolectores de datos que otros elaboran y cuya resultante desconocen. Esto que podría denominarse la proletarización del trabajo médico de investigación lo vemos a diario en nuestros hospitales e incluso consultorios privados, el médico es un eslabón en la producción de medicamentos por ejemplo, de los que únicamente conoce el producto terminado, a la manera de un obrero en una fábrica de autos que sólo ajusta los tornillos de la puerta derecha del auto que sólo será parte de una serie producida ese mes.

Este tipo de tarea, no es una tarea investigativa, de modo que merece otro tipo de planteo. Su respuesta es más clara y sencilla, el médico no debe realizarla porque no está cumpliendo con su rol de profesional. El enfermo queda reducido a un objeto numérico dentro de una serie que ni él mismo conoce. Esto está muy claro en los protocolos en que sólo puede recuperar la identidad de un enfermo recurriendo a los patrocinadores que manejan los datos. El interés que mueve a un médico recolector de datos no cabe duda que es su propia promoción, sea ésta académica, económica o social. Si la salud del enfermo como interés coincide, todos nos alegramos, pero si no coincide nadie se entera, ni siquiera el enfermo que es manipulado de la manera más disimulada posible para que forme parte de la investigación. El conflicto de intereses aquí nace de la deshonestidad del médico que no cumple con su promesa profesional, es un acto carente de toda ética sin ningún tipo de discusión. Sólo podríamos discutirlo si el médico no jurara o prometiera cuidar al enfermo.

Sin embargo si encontramos un auténtico conflicto de intereses cuando el médico desea hacer una investigación, es decir desea convertirse en investigador científico. Previa a cualquier respuesta el médico debe resolver este conflicto que afecta a su juramento, en cuanto que puede plantear que la investigación es para él un medio para cuidar y curar a su enfermo.

Esta posibilidad es la que da origen a la Declaración del Helsinki, la cual zanja claramente todo conflicto que pudiera surgir en este sentido: la función del médico es ante todo cuidar a su paciente, y sólo puede ser investigador si somete su tarea de tal a su condición de cuidador del paciente. En la investigación farmacológica, por ejemplo, este conflicto sólo aparece en la Fase III de los estudios científicos, donde es necesario incorporar enfermos. Apelbaum considera como muchos otros que los médicos investigadores no pueden poner como objeto de investigación a los pacientes que

atienden como clínicos. Su argumento es que, cuando se realiza un protocolo de investigación por parte de un clínico que aporta pacientes, se produce un “equivoco terapéutico”, lo que significa que tanto el médico como los enfermos creen que la investigación ha sido diseñada en beneficio de estos últimos, a pesar que conste en el consentimiento que firma el enfermo y en el mismo protocolo que han sido concebidos con criterio científico.¹ Los ejemplos donde esto se ve con mayor claridad es en los oncológicos. Se da en este caso un claro ejemplo de la incompatibilidad de ambas funciones en la misma persona, lo cual debería, ser asumido como un conflicto a resolver: ¿cuál es la principal motivación de llevar a cabo un protocolo científico? ¿La científica o la terapéutica? ¿Pueden ambas motivaciones ser una sola? Y en caso de serlo, ¿puede usarse el método científico, propiamente objetivador, de modo de respetar al sujeto?

Este conflicto es propio del médico investigador, me refiero al auténtico investigador y no al recolector de datos. Por un lado su obligación profesional –es médico- lo obliga a cuidar a los enfermos que acuden a él, eso significa para él un compromiso moral asumido ante sí mismo, ante el enfermo y ante la sociedad, y en caso del juramento ante Dios. Sin embargo los médicos pretenden hoy ser investigadores científicos, cuya promesa y compromiso social no pasa por cuidar a los pacientes sino estudiarlos, experimentar con ellos para ver los resultados de procedimientos, fármacos, análisis hasta ahora no probados.² Cuando la Asociación Médica Mundial, se dio cuenta de este conflicto de intereses se vio obligada a hacer una declaración que dirimiera estos conflictos ya la cual pudieran acudir los médicos antes que el conflicto se presentara. La

¹ Apelbaum PS, Roth L.H., Benson Pl. Lidz, C.V. Winslade W., “False hope and best data: consens to research and teh therapeutic misconsention”, *Hastings Center Report*, 1987, 17; (2):20-4)

² Si bien el mismo ejercicio de la clínica suponía desde sus comienzos un grado de experimentación, ésta no era sistemática, científica, no exigía que la persona se convirtiera en datos a convalidar, en una enfermedad igualable e intercambiable con otras enfermedades. Cuando el médico experimentaba lo hacía con su enfermo, era a esa persona a quién tenía enfrente, y su finalidad era beneficiarlo a él. Esta última idea es la que recoge la Declaración de Helsinki cuando pone el interés del enfermo que participa de una investigación por encima de cualquier otro interés, sea éste el de la sociedad o de la ciencia

Declaración de Helsinki que originariamente fue rechazada por los médicos por ser considerada como una intromisión en su conciencia moral, puede resumirse en una llamada de atención a los profesionales de la medicina en el sentido que antes que investigadores son médicos y que la conciencia moral del investigador le exige cuidar sus datos, sus experiencias, sus resultados, no a las personas que acuden a ellos. Entre el investigador y el enfermo no hay lo que Laín Entralgo denominaba la “relación diádica médico-enfermo” que convierte la práctica en un trato de amigos,³ sino que lo que hay ahora es un científico y un objeto a explorar. Las únicas promesas, los únicos juramentos que comprometen al cuidado de las personas son los que hacen los profesionales de la salud, los médicos entre ellos.

Para que podamos ver los auténticos alcances de este problema es necesario establecer que el médico investigador es en primer lugar un médico y como tal un profesional que se debe a sus pacientes. De modo que sus intereses particulares deben estar subordinados a ese primer interés que lo ha convertido en lo que es.

Los derroteros de la investigación médica

Hay dos preguntas que podemos hacer ¿Por qué actúa como investigador un médico clínico, es decir un médico que atiende pacientes? y ¿para qué actúa el mismo como investigador?

A la segunda pregunta la respuesta más habitual, sobre todo en los países subdesarrollados y pobres, es para completar sus magros salarios y mejorar su estilo de vida. Nadie puede negar la legitimidad de que una persona, profesional o no pretenda vivir cómodamente, pero de lo que estamos hablando aquí es de las finalidades de las conductas, si la finalidad de la conducta del médico es vivir cómodamente ha

³ Ver Laín Entralgo

equivocado su profesión, porque lo que promete no es subordinar a una vida cómoda el bienestar de sus enfermos sino todo lo contrario. Cuando reclamamos que la medicina se ha puesto al servicio de intereses ajenos a los del enfermo que son los empresariales, olvidamos que esto no sería posible sin el aporte de los médicos. Los que ponen por delante su propio interés están siendo infieles a su promesa o juramento. Cuando esto ocurre en el sacerdocio, por ejemplo, se releva de su juramento a los sacerdotes para que no puedan ser perjuros, tal vez debería existir alguna manera de relevar de su promesa o juramento a los médicos. Cuando sólo realizan tareas de médico para ganarse la vida, no lo hacen como profesionales sino como cualquier persona que vende sus conocimientos y tiempo en el mercado laboral.

Esta actitud de los médicos ha tenido mucho que ver en el incremento de las investigaciones médicas, especialmente las farmacológicas en que los resultados médicos son una excusa para el enriquecimiento de las empresas, producen medicamentos como podrían producir bombas. No está de más recordar que el 90 % de la investigación que se realiza en Argentina sigue el patrón de la del resto del mundo, está financiada por empresas particulares, cuya principal finalidad es ganar dinero vendiendo sus productos. Cuando las técnicas de venta e incentivación son trasladadas al campo de la investigación médica producen una distorsión en las conductas de los médicos que es lo que se suele denominar conflicto de intereses. Esta situación no da origen a conflictos de intereses en realidad sino al no cumplimiento de los deberes del profesional médico.

Aquí vemos cómo la cuestión financiera es secundaria, no importa si ganan más o menos, si lo hacen a la luz del día o a escondidas, si lo merecen o no. Esta tendencia a olvidar en qué consiste ser médico va en aumento y es muy fácil detectarla a la hora de analizar un protocolo de investigación: podemos señalar algunos campos en que esta

falta de honestidad que se denomina conflicto de interés se encuentran manifiestos y que habla de la preeminencia de los intereses empresariales por sobre cualquier otro:

1. cuando las investigaciones se reducen a la comparación de fármacos caros, muy similares y de amplio uso para posicionar a diferentes empresas en el mercado.
2. aceptando sesgos en los protocolos que benefician a los productos nuevos.
3. la aceptación de pagos por paciente incorporado que desconoce la dignidad del paciente ya que los seres humanos no tienen precio.
4. la poca transparencia en la publicación de los resultados, siendo que muchas veces sólo se publican los favorables, el sesgo es en este caso hacia publicaciones que distorsionan los resultados.
5. No sólo distorsiones sino datos falsos y alterados han sido denunciados en muchas publicaciones. Agreguemos a esto la no publicación de resultados negativos.
6. La contratación de los investigadores como consultores, conferencistas y promotores especialmente en los congresos de la especialidad para promover el producto investigado
7. La tergiversación intencional de datos farmacoeconómicos que buscan torcer decisiones en cuanto a la distribución de recursos.
8. Aceptar la agenda de las corporaciones a la hora de programar investigaciones, olvidando enfermedades denominadas “huérfanas”.
9. Aceptar que las denominadas “condiciones de confidencialidad” hagan colisión con el interés de individuos o poblaciones en tanto que solo protegen el uso de patentes y regalías para favorecer a los grandes laboratorios.
10. Cuando los investigadores olvidan que la salud no puede ser un bien privado sino que debe ser un bien público para garantizar la igualdad y la libertad.

Este derrotero de las investigaciones médicas nos muestra que en realidad el conflicto de intereses es entre las empresas y los enfermos y que la pregunta es ¿de qué lado se ponen los profesionales de la salud? ¿reconocen la dignidad de cada persona, de cada individuo?

Si, como debiera ser, los médicos que investigan se pusieran del lado de los que sufren, podría verse a estas inversiones, como una oportunidad para los países del tercer mundo para mejorar su situación. Quiero terminar con una frase de Jonas ⁴ cuya ética está sostenida por lo que denomina el principio de responsabilidad: “Lo básicamente repugnante en la utilización de una persona como objeto de experimentación no es tanto que la convirtamos temporalmente en un medio (lo que ocurre constantemente en las relaciones sociales de todo tipo) como que la convirtamos en una cosa, en algo meramente pasivo sometido a la intervención de actos que ni siquiera son acciones en serio, sino pruebas para actuar realmente en otra parte y en el futuro.” Mientras los profesionales de la salud que se dedican a investigar no comprendan esto, vanos serán los esfuerzos de la bioética para construir espacios de cooperación y compromiso.

María Luisa Pfeiffer

⁴ Jonas, Hans, *Técnica, medicina y ética*, ed. Paidós, traducción de Carlos Fortea Gil, 1996, Barcelona. Pág. 78