

Aspectos Éticos del Final de La Vida

AH Dr. Alberto Perales Cabrera

Toda filosofía intenta contestar la esencial pregunta de qué es la muerte. Se ha señalado que la ciencia y la tecnología médicas, los filósofos y literatos del siglo pasado y del presente y, finalmente, los medios de comunicación y diversión y la sociedad de consumo de este siglo, han cambiado la forma de morir. Un sociólogo estadounidense llama a esto la pornografía de la muerte, señalándolo como un fenómeno resultante de la manipulación y del disfrute de la muerte violenta por parte de la sociedad de consumo. Un famoso centro académico de investigación agrega que la muerte puede no haber cambiado pero, el avance tecnológico ha hecho que ella sea cada vez menos súbita y fulminante. Por mi parte, agregaría una versión complementaria: Podría ser que la muerte o el morir continúen iguales y que el verdadero y sustancial cambio ha sido en el proceso de agonía, pues muchas enfermedades que antaño eran mortales a muy corto plazo, pueden ahora, en virtud de la tecnología médica, prolongarse en el tiempo y esperan, la muerte solo como episodio final. Pero agonía, aunque parezca acercarse a la muerte, tomando la posición de Unamuno, no significa eso sino todo lo contrario. Agonía quiere decir luchar por la vida. El hoy paciente, el que agoniza de manera positiva tiene más posibilidades de vencer la enfermedad y sobrellevar las dificultades que ella ocasione.

Si la vida se caracteriza por el flujo de energía que dinamiza a un ser humano, no debe olvidarse sin embargo que este, a diferencia de cualquier otra especie viva, no solo muere sino trasciende en sus obras y en el amor que ha inspirado en otros. ¿Acaso, alguien aquí presente podría decir que Sócrates, Platón, Aristóteles, Cristo, por citar tan solo unos cuantos que según la famosa frase de Turcot, predicaron con el ejemplo, están muertos?

FENOMENOLOGÍA ÉTICA DE LA MUERTE

Ya en el campo de la fenomenología la muerte puede ser entendida de dos maneras. En primer lugar, globalmente, considerándola como un fenómeno que señala el deceso final de todo ente vivo; y en segundo término, específicamente tan solo como muerte humana. Agregado a ello, deben considerarse dos perspectivas explicativas, desde la esencia, pues el hombre desde su nivel embrionario va haciendo va construyendo su existencia y solo es removido al no tener ya posibilidad alguna de ser nada más. Pero hay otro elemento que es el de la trascendencia. Por un lado, la muerte ha sido considerada analógicamente como desintegración de todo lo orgánico pero, por otro, como inicio de la trascendencia del ser en la cultura de la sociedad. En esta óptica, la muerte implica la consideración de otros niveles. Por ejemplo, la concepción de la vida, el concepto de inmortalidad o vida futura, el sentido de la existencia y otros conceptos culturales de la muerte que, en el decurso de la historia, han evolucionado y pueden ser analizados desde las perspectivas naturalista, platónica, histórica, cristiana y otras.

Trascendencia es un término de origen latino que significa ascender más allá, sobrepasar, exceder los límites. Cuando decimos que Dios es trascendente, nos referimos a que está por encima de todo lo creado, no sujeto a limitaciones, absolutamente independiente y más allá de todo lo que existe. En el sentido ontológico, Dios es sustancialmente distinto a cualquier otro ser. En él no hay nada creado, es y será siempre otro ser inescrutable. Un misterio. Desde esta óptica epistemológica el ser de Dios supera nuestra capacidad de entendimiento. Para la religión ningún símbolo puede comprender a Dios cognoscitivamente. Dios es misterio, es objeto perceptible solo a través de la fe.

Los griegos calificaron la medicina como arte y no como ciencia. En su definición genérica impusieron como su responsabilidad científica no el conocimiento de la verdad sino de la posible enfermedad y como arte el cuidado del paciente. La medicina así conceptualizada tiene dos responsabilidades básicas: curar y cuidar. Quien se ocupa de la muerte y el morir es el médico, que con su habilidad que no debe cubrir exclusivamente la ciencia de su saber sino también con arte de saber cuidar. Para nosotros la medicina, además de ser una profesión y por tanto una técnica socialmente practicada, es una tarea que día a día debe ser sentida, amada y pensada por el médico. El nuestro es un quehacer y un saber en los que el ejercicio profesional diariamente se convierte en misión. Por ello, para ser claro, debo afirmar que el más hondo fundamento de la medicina es el amor.

¿Y quién puede negar que el centro de la ética en nuestro quehacer profesional se da en el manejo del acto médico y de la relación médico-paciente que lo caracteriza?. Con un paciente terminal, la relación descrita enfrenta su examen final como ciencia y como arte. Y es en tal situación que la labor del médico vuelve a sus raíces primarias, pues mientras desaparece gradualmente su obligación de curar dada la condición terminal del paciente, va surgiendo con fuerza creciente su obligación de cuidar. En el interior de la relación médico-paciente, éste, el paciente, luchará contra su desesperación y su desesperanza y el médico contra su impotencia científica.

Principios éticos en la responsabilidad de médico y paciente

En general, la ética es una disciplina que se orienta hacia la toma de decisiones morales buenas y prudentes en situaciones de incertidumbre. El problema es cómo fijar con precisión qué es lo bueno y prudente, y quién tiene la autoridad para definirlo. Hasta el siglo pasado quedaba claro que esta era una responsabilidad única y que quien la definía era el médico por su obligación benéfica ante el paciente. Tal proceder era correcto desde la perspectiva paternalista de la práctica médica del siglo XIX y parte del siglo XX. Pero actualmente, las cosas han cambiado. Es el paciente quien debe definir qué es problema para él, definición que incrementará su valor moral en la medida en que cuente con la adecuada información que le brinde su médico en el proceso de consentimiento informado. Sin embargo, si bien es cierto que la ética médica acepta actualmente este cambio, creo que el peso de la prudencia aun recae más en el médico que en el paciente. Y ¿cómo se define una decisión

prudente en ética? Se define como aquélla que da un marco de justicia, tiene mayores probabilidades de producir el mayor beneficio y el menor daño al paciente, respetando su autonomía. Este eje, el mayor beneficio para el menor daño es el que debe guiar siempre a nuestros enfermos. Y todos los enfoques se complementan en lo que actualmente se conoce como decisiones compartidas, que no es otra cosa que el resultado del correcto ejercicio del acto médico en el cual, a través de la alianza terapéutica, paciente y médico son conscientes de que ambos trabajan en equipo con el claro objetivo de recuperar la salud o bienestar del paciente o, en casos irremediables, lograr una muerte digna y sin sufrimiento innecesario como corresponde a todo morir humano.

Cuando a un paciente que es, por ejemplo, testigo de Jehová, un médico en situación de emergencia le ordena una transfusión de sangre, el médico considera que ha tomado la decisión correcta salvándole la vida, lo cual sin lugar a dudas es intrínsecamente cierto; pero el paciente, en base a su creencia y posición religiosa y desde su propia perspectiva axiológica entiende que al obligársele a recibir la sangre de otro ser humano, se hace un daño irreparable que lo privará de la vida eterna. Para él y su familia lo bueno era perder la vida terrenal en vez de evitarla. Es decir, que el mismo hecho tiene dos interpretaciones radicalmente diferentes sobre qué es lo bueno o acertado. En tal dilema, el médico tiene que respetar primariamente que lo bueno es lo que el paciente considera y siente que es bueno.

Pero aparte de los principios de autonomía, beneficencia y no beneficencia, surge el principio de justicia. Esta se define como la autonomía del paciente y será válida siempre y cuando no lesione o vulnere la autonomía de los demás. El paciente es así, dueño de su destino, de su diagnóstico y pronóstico; recordemos, sin embargo, que no solamente sufre el paciente sino también su familia. Este drama humano no es ni debe ser ajeno al médico ni al personal de salud que atiende el caso. Por ello es tan importante que en todo caso terminal, en todo caso clínico que presente elementos éticos, el médico utilice el correspondiente método de análisis ético incluyendo a todos los actores en tales circunstancias, ya que si solo se maneja el caso en virtud exclusiva del paciente, se pueden cometer injusticias para con los demás.

Por otro lado, suele ser frecuente que en casos terminales el paciente y sus familiares soliciten el uso de medidas extraordinarias de control del dolor y del sufrimiento o,

simplemente, pidan acabar con todo para descansar en paz. Es decir, pidan ayuda para morir, interrumpiendo o acelerando el inevitable proceso de muerte. Surge así el problema de la eutanasia.

La Eutanasia

La eutanasia se refiere a la acción médica orientada a producir la muerte de una persona que se encuentra en etapa terminal sufriente y sin aparentes alternativas para revertir el proceso. Si aceptáramos que la eutanasia es acompañar al buen morir podríamos estar legitimando la intencionalidad médica de avalar la muerte como alternativa terapéutica per se.

Tales circunstancias plantean un serio dilema ético al médico. Su adiestramiento durante todos sus estudios ha sido para hacer el bien y evitar la maleficencia y ahora, a petición del enfermo o sus familiares se le pide que le produzca la muerte o se le ayude a morir.

La eutanasia no es legal en el Perú y de hecho son pocos los países que la aceptan. Pero algunas indagaciones han señalado que un porcentaje de profesionales la practican en casos extremos. La razón argumentada es la compasión. La eutanasia se activa cuando el médico acelera la muerte con el uso de medidas para lograr tal objetivo. Y es pasiva cuando el profesional no aplica una terapia disponible que podría prolongar la vida. Ante situaciones de este tipo la excusa médica que comúnmente se escucha es la de "Hicimos todo lo posible" que, en la opinión general, equivale a decir, "Pusimos todos los aparatos posibles, utilizamos todos los tratamientos posibles inclusive los experimentales". Al final, el resultado es el mismo, con el agravante de haber retrasado la muerte y aumentar el sufrimiento del paciente y los problemas de la familia incluyendo los costos. La situación descrita puede conducir a un encarnizamiento terapéutico que tampoco es moral.

El dilema en este proceso se ubica entre el deber médico clave de preservar la vida aun en situaciones de irreversibilidad, o el deber de evitar el sufrimiento y procurar una muerte digna. Felizmente, existen actualmente diversas estrategias paliativas, aunque todas afrontan también opiniones críticas. Cabe señalar aquí que la vida no es un valor absoluto porque es finita, que requiere un nivel de calidad para vivirla plenamente y llamarla apropiadamente buena. ¿Es la eutanasia la salida al sufrimiento del paciente terminal?

La religión antepone la vida por encima de cualquier cosa, valorando el sufrimiento desde una perspectiva religiosa. Ésta considera la eutanasia como inmoral. Los enfoques tradicionales y culturales en este aspecto tienen un peso mucho mayor del que se acepta. Antaño, en el Perú, por ejemplo, se practicaba la eutanasia desde una premisa cultural a través del "despenador" hombre que era llamado al domicilio del paciente para calmar las penas del enfermo. Así el "despenador", con el uso de técnicas especiales, desnucaba al paciente y terminaba el sufrimiento.

El humanismo médico: limitación de los esfuerzos terapéuticos

El vivir con calidad y morir con dignidad son temas básicos de la bioética, pero en ambos casos su denominador común es el abordaje humanista del médico. Es tan importante y moral no desairar medidas extraordinarias en situaciones irreversibles, como el saber retirarlas en el momento adecuado. No todos los casos pueden pasar por el arsenal y la parafernalia de la epidemiología para satisfacer el deber de haber hecho todo lo posible a pesar de saber que no era posible. El médico debe reconocer el valor de la expectativa de vida en todos, pero ante el sufrimiento, la decepción, los costos y otros factores, tendrá que escuchar otras voces, como la de su propia conciencia y las de los familiares del paciente. Desde la ética de la responsabilidad, el médico está obligado a manejar adecuadamente los recursos de que dispone y a reconocer sus limitaciones en las realidades de la vida y de la muerte. La limitación de los esfuerzos terapéuticos en casos adecuadamente seleccionados es una medida moral que necesariamente debe implementarse con la documentación del respectivo consentimiento informado. Lo único que no puede hacer un médico es abandonar a su paciente. Con la vigencia permanente de sus propios valores, el médico puede, frente a ciertas situaciones, formular objeciones de conciencia cuando no hay coincidencia entre lo que le piden el paciente y sus familiares y sus propios principios y convicciones morales. Por otro lado, su actuar profesional no puede nunca ignorar el medio socio-cultural donde está ejerciendo.

La profesión médica a nivel mundial ha formulado guías de elección para tomar decisiones prudentes y ayudar a los médicos en situaciones tan difíciles como éstas. Se trata de documentación muy valiosa que debe ser difundida y conocida con la mayor amplitud posible.