

## EL ROL DEL MÉDICO FRENTE AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

I. Con su proverbial ironía, apuntaba François Marie Arouet, el célebre Voltaire, que “el arte de la Medicina consiste en entretener al paciente mientras la Naturaleza cura la enfermedad”. A primera vista, esa observación del autor de “Cándido” no pasa de ser una cáustica humorada, indigna de ser evocada en este ámbito y en esta solemne circunstancia.

No obstante, si bien se mira, la frase nos permite desarrollar hoy, a doscientos cincuenta años de su acuñación, más de una reflexión atinada, al disponernos a hablar del papel del médico frente a los pacientes en la fase terminal de la enfermedad o el accidente grave padecido.

a) En primer lugar, cabe advertir que, si bien apuntando con sus sarcásticos dardos a los médicos de su época, Voltaire reconocía y valoraba el papel homeostático de la Naturaleza en los procesos vitales.

En el mismo sentido se orienta, salvando las distancias, la directiva más antigua en la Historia de la Medicina. Tal como lo pone de relieve José Manuel Reverte Coma en su clásica obra “Las fronteras de la medicina”, fue Alcmeón de Cretona, un contemporáneo de Hipócrates, heredero cultural de las escuelas de Pitágoras y de Tales de Mileto, quien, dejando atrás el pensamiento mágico del chamanismo -en el que se fundían las figuras del adivino, el médico, el sacerdote, el hechicero y el mago-, aludió, precisamente, al “equilibrio de las potencias” (isonomía ton dynammeon), presente normalmente en todo organismo vivo, como “sostén de la salud”, caracterizando a esta última como “la bien proporcionada mezcla de las cualidades”.

De lo que se sigue que el respeto, en la mayor medida posible, a esa tendencia natural al equilibrio u homeostasis, entendida como el “conjunto de fenómenos de autorregulación que conducen al mantenimiento de la constancia en la composición y las propiedades del medio interno de un organismo”, aparece digna de rescate.

Sin ánimo de avivar aquí la interminable polémica entre medicina alopática y homeopática, es de mera lógica inferir que el facultativo cuyo saber teórico-práctico se asienta, en primer término, en el conocimiento cabal y la puntual consideración de las leyes de la Naturaleza, siempre estará dispuesto a armonizar sus propios cursos de acción, de manera de no contrariarlas arbitrariamente.

Pasando por alto la mordacidad del recordado pensador francés, corresponde reconocer, entonces, un añejo rasgo de sabiduría en el galeno que sabe calcular prudentemente la medida de su intervención, combinando su actividad profesional con los encadenamientos fenoménicos que la causalidad natural determina.

Claro está que, con el correr de los siglos, buena parte de lo que los egregios padres de la Medicina atribuían a la necesidad absoluta –o ananke physeos-, pasó a ser dominada por el conocimiento racional de sus cultores; a la vez que el ámbito del azar o fortuna –o thyké- también cedió terreno al avance cognitivo. Y es indudable que tal proceso plurisecular otorgó creciente protagonismo a aquellos, al punto de instalar en sus mentes, en el apogeo del positivismo decimonónico, la pretensión de subordinar a sus designios terapéuticos el orden natural en toda su magnitud.

Precisamente, a ese avance incesante del hombre sobre el medio, que cobró caracteres inusitados en la centuria que hemos dejado atrás, se imputan hoy, retrospectivamente, ciertos excesos, tales como el de cifrar el objetivo principal del médico en el lema “salvar vidas a toda costa, aprender más sobre la enfermedad y promover el progreso médico”, enarbolado en los años sesenta por un afamado oncólogo estadounidense.

Frente a esa visión prometeica, basada en la confianza ilimitada en las bondades de una operatividad terapéutica convulsa por el gigantesco arsenal de recursos técnicos disponible, desde las últimas décadas del Siglo XX se ha abierto camino, afortunadamente, la visión bioética.

La Bioética, ese “saber multidisciplinario y transversal”, como acostumbra puntualizar el renombrado intensivista argentino Carlos Gherardi, identificada, asimismo, como la propia “moral social, urdida con los criterios de salud y enfermedad” por el Profesor José Alberto

Mainetti , nació predestinada esencial, aunque no exclusivamente, a responder a este crucial interrogante: “¿cuánto, de lo que hoy se puede, se debe hacer?”

Los miembros de la Academia y muchos de los presentes saben bien que no es antojadizo lo que afirmo: fue al observar la peligrosa brecha abierta entre los progresos de la tecnología biomédica y la reflexión propiamente humanista que Van Rensselaer Potter acuñó el término Bioética, invitando a la comunidad científica a construir un puente entre aquellos aspectos técnicos y las cuestiones axiológicas fundamentales que abarcan a la vida en general y a la vida humana en particular

El desfase evidente entre ambos campos, agravado por los tropiezos propios de la Filosofía contemporánea en la retoma de las cuestiones esenciales, de las “grandes preguntas”, tras el deslumbramiento por la lógica y la lingüística ocurrida durante el pasado siglo , ha derivado en realidades tan lamentables como la que, en el ámbito médico, se da en llamar “encarnizamiento terapéutico”, la terca insistencia en tratamientos que ya no brindan resultado, aplicados sobre pacientes incurables en estado terminal.

Para esos pacientes, como lo señala un prolífico autor, el Dr. Oscar Garay, “el sitio más inadecuado es, sin duda, la unidad de cuidados intensivos”; y el más acorde será el que les permita rodearse de sus seres queridos, sin perjuicio de la continuidad de los cuidados que corresponda prodigarle conforme a su condición . La obstinación infructuosa e invasiva no es ética.

Con un discreto alarde de poesía, debería recordarse, frente a ese extendido fenómeno, el buen consejo de Manuel Machado: “camino que no es camino, de más está que se emprenda, porque más nos descarría cuanto más lejos nos lleva”.

No se trata de sustituir al arrogante Prometeo por un Epimeteo obediente a los designios de la divinidad o por un panteísta venerador del equilibrio cósmico. El maestro Marcos Meeroff lo puso en claro, en el recordado Curso de Ética en Medicina organizado por la Asociación Médica Argentina, casi una década atrás: no se propone aquí volver grupas “del mito técnico al mito mágico” ; sino de no incurrir en la fantasía fáustica de dar preeminencia a la acción y el movimiento continuo por sobre la reflexión, la templanza y la moderación.

2°) En segundo término, y entrando de lleno en el terreno que me he propuesto visitar en esta ocasión, resulta oportuno elucidar el real significado del verbo “entretener”, empleado por Voltaire con su acidez proverbial y en tono peyorativo; y rehabilitarlo, aunque inicialmente luzca insólito, como auténtica función complementaria de la técnica y el arte de curar.

Entretener a alguien no es -apenas- distraerlo, dejando a salvo desde ya que “distraer” no es cosa mala, si sirve para evitar la observación exacerbadamente tanática de una dolencia o de la propia finitud.

Entretener es también, según enseña el Diccionario de la Lengua, “hacer menos molesto y llevadero algo”, o “divertir y recrear el ánimo de alguien”.

Desde los albores de nuestra civilización, los buenos médicos consagraron sus vidas a la curación de sus pacientes, a la derrota de la enfermedad, al restablecimiento de la salud de los enfermos por ellos asistidos.

Pero esa importante meta sanadora, presente en todos los juramentos clásicos de la Deontología Médica, no era ni es excluyente.

Aliviar el dolor y confortar hace parte del deber médico, maguer que aquellos desvíos positivistas a los que aludíamos hayan opacado su trascendencia científica y filosófica.

Y, si estos fines indiscutibles del obrar del médico deben entenderse como concurrentes en toda intervención terapéutica rectamente administrada, su materialización es imperiosa su concreción cuando el cuadro que enfrenta el galeno señala la declinación del propósito curativo propiamente dicho.

Es preciso, aun hoy, en los comienzos del Siglo XXI, contribuir a consolidar el criterio que define a la salud del ser humano como su pleno bienestar, situación en la que se combina lo biológico con lo psicológico y con lo social, desalojando definitivamente la mezquina noción que la equiparaba a la mera ausencia de enfermedad.

Luego, en aquellos cuadros en los que la patología o el accidente comprometen irreversiblemente el panorama del paciente en términos somáticos, contrariando al clásico adagio que señala que “nada queda por hacer desde la ciencia”, el médico tiene reservada aun otra actividad, si es que se propone cumplir a cabalidad con su honroso juramento.

A esta altura, entonces, es lícito retornar al punzante aforismo de Voltaire, para despojarlo de su lastre satírico y traducirlo plausiblemente, reivindicando esa otra función del facultativo, pletórica de humanismo: la que “entretiene”, en tanto y en cuanto “hace menos molesto y más llevadero” el trance, y “recrea el ánimo” de quien lo padece, mientras la Naturaleza sigue su curso ineluctable.

Actúa de tal suerte el galeno que, partiendo, desde luego, del respeto básico por la autonomía de su asistido, promueve su bienestar psicológico, neutralizando síntomas indeseables, preserva su autoestima, desechando todo abordaje mortificante injustificado por su futilidad, y se dispone a acompañar en esa fase, previsiblemente postrera, al otro término de la relación intersubjetiva.

Esos cuidados, esa medida y ese acompañamiento re-animan al doliente; le devuelven parcialmente el ánimo -el alma, para los creyentes- o lo equilibran psíquicamente, para los agnósticos y ateos, hasta que llegue la hora de su des-animación definitiva, con la pérdida de lo que desde los antiguos griegos dio en llamarse el “espíritu vital”. Como lo señala Diego Gracia, “se reanima lo vivo y se resucita lo muerto” ; y, toda vez que no nos es dado a los humanos resucitar, bien vale reanimar, y es noble y solidario hacerlo en tanto se pueda.

Creo no equivocarme al sostener, remedando a Machado, que es por ese camino que esta rama del saber alcanza la altura de un arte sublime.

Por el contrario, abandonar el caso, librándolo al cuidado de los paramédicos, parece traslucir la reacción narcisista ante lo que se vislumbra como un fracaso y revela, a la sazón, una deficiencia en la formación ética del profesional, que lo impulsa a huir del desenlace inminente cuya causalidad ya no puede gobernar.

II. Recapitulando; de cara a un paciente cuya salud física no puede recuperarse a través de los medios terapéuticos conocidos, hemos hablado de respeto por la autonomía, de promoción del bienestar psíquico, de preservación de la dignidad y la autoestima, y de acompañamiento en la fase terminal de la dolencia.

Podríamos añadir la posibilidad de proceder a una experimentación terapéutica, bajo dos condiciones: contar con el consentimiento libre e informado del paciente o –en su caso- de sus representantes legales, para mantener inalterada la consideración por el autodominio del sujeto tratado, y tomar en cuenta, exclusivamente, su interés al calcular las probables ventajas y riesgos derivados de tal intervención, para acatar el imperativo categórico de cuño kantiano que ordena visualizar a todo individuo de la especie como un fin en sí mismo.

No hemos hablado, pues, de auxilio ejecutivo al suicidio ni de eutanasia activa directa.

Sin embargo, el rechazo de nuevos abordajes signados por la futilidad, la insistencia en la autodeterminación del paciente y la alusión a la neutralización efectiva de los síntomas desagradables de la última etapa podrían inducir a relativizar la distancia entre el campo de acción propuesto y el de quien determina, solapada pero eficazmente, por acción o por omisión impropia, el deceso del enfermo o accidentado en fase terminal.

Ante esa posible elucubración, me adelanto a expresar, desde esta calificada tribuna de ética médica, y acompañado por opiniones prestigiosas como las del médico y bioquímico Leon Kass, docente de la Universidad de Chicago, y del filósofo y jurista Nelson Lund, de la Universidad George Mason, de Arlington, Virginia, autores de un elocuente ensayo , que lo que moralmente importa, aunque parezca obvio destacarlo, es que el médico que detiene un tratamiento, o bien sólo mantiene el suministro de cuidados paliativos, tales como el clásico empleo de morfina endovenosa en casos de cáncer avanzado, en cantidad y frecuencia suficiente como para eliminar el dolor, no pretende matar al paciente: “Aun cuando la muerte se siga como una consecuencia de su acción u omisión –cito textualmente- su intención es evitar añadidos médicos inútiles y degradantes al ya triste fin de una vida. Por contraste, en la ayuda al suicidio y en todas las demás formas de muerte directa, el médico debe, necesaria y

forzosamente tener, ante todo, la intención de que el paciente muera. Y debe, a sabiendas y forzosamente, lanzarse a representar el papel de agente de la muerte”, tal como concluyen los reconocidos profesores de mención.

Es menester relevar la neta diferencia existente en la disposición anímica del facultativo actuante, en las diversas situaciones mencionadas. En términos de doctrina penal, esa distinción es neta, tal como tuve ocasión de consignarlo al defender mi tesis doctoral en los claustros salmantinos .

Simultáneamente, de cara al paciente, debe entenderse que el derecho a negarse a una intervención médica, o a requerir el suministro proporcionado de analgésicos, sedantes y ansiolíticos, no hace parte de un derecho a ser muerto, sino del derecho a decidir cómo vivir, incluso cuando estamos arribando al final de nuestra existencia física .

Al respecto, en el reciente fin de siglo aparecieron en diversos países, pero particularmente en los Estados Unidos, entusiastas preconizadores de la consagración formal de un “derecho al suicidio” del paciente y de la pretendida obligación refleja del profesional de comprometerse en dicho plan.

Al visitar Argentina, en Noviembre de 2000, nos alertó de esa tendencia el Profesor James Drane, de la Universidad de Edinboro, alarmado por la campaña que pugnaba por convertir al suicidio en un derecho humano básico. Inclusive, dos Cortes de Apelaciones de ese país se habían pronunciado reconociendo el derecho de todo individuo de morir como quisiera, incluyendo el de cometer suicidio, en los casos “Washington v. Gluckberg” y “Quill v. Vacco”; pero la Suprema Corte norteamericana revirtió tales decisiones, manteniendo la tradicional diferencia entre detener o no realizar intervenciones médicas molestas y quitar la vida, lisa y llanamente .

Sin ánimo de detenerme en la cuestión del suicidio, diré apenas que, en ocasión de oficiar como contradictor del reconocido Profesor Drane, en las Jornadas Nacionales de la Sociedad Argentina de Bioética, me permití añadir a sus objeciones al pretendido “derecho humano al suicidio”, centradas en la patología psíquica detectable en un elevadísimo porcentaje de las personas que lo intentan o cometen, la convicción -fundada en diversos estudios de campo, como los del Profesor David Phillips, de la Universidad de San Diego- de que el suicidio es un hecho fuertemente influenciado por el medio familiar, social y cultural, razón por lo cual, tanto su tentativa como su consumación, distan de configurar una muestra de autonomía individual, que amerite facilitación y reconocimiento legal, representando, por el contrario, un inquietante ejemplo de la incidencia anómala de elementos exógenos sobre personalidades vulnerables, particularmente necesitadas de eficaces disponibilidades asistenciales.

En ese entendimiento, de cara al paciente de cuadro irreversible y en fase terminal, la posibilidad de remisión de cuadros depresivos y tendencias suicidas dependerá, en buena medida, de la capacidad de los médicos de aliviar y confortar a los pacientes que cursan tal etapa vital; y de los gobiernos y, mediatamente, de las asociaciones intermedias y de la sociedad toda, en punto a abastecer a los hospitales y centros sanitarios de los recursos suficientes para proporcionar un tratamiento paliativo adecuado a quien lo necesite. Es necesario humanizar el tramo final de la existencia individual, evitando tanto las insuficiencias en la medicación acorde al caso como la ultraactividad nociva y fútil. Y es a esos esmeros a los que convoca la Bioética, no al triunfo definitivo de la deshumanización, representada por la supresión intencionada de la vida del yacente.

Sin deseo de incurrir en paradoja, sólo quien cuente con la certeza de que su humanidad será cuidada y respetada hasta el final, satisfaciendo en su real medida, sin menguas ni excesos, las necesidades que su situación implique, logrará recuperar para sí la serena conciencia de la propia mortalidad y podrá asumirla en plenitud, en lugar de huir hacia delante, pidiendo o ejecutando la propia eliminación.

Volviendo a las enseñanzas del Dr. Meeroff, frente a la “Medicina reduccionista, substancialmente somaticista y organicista”, “con creciente tendencia a la especialización y superespecialización”, y al deplorable correlato de una atención “fragmentada y parcializada” , y de falta de compromiso con el prójimo hasta el extremo que recién condenábamos, es

imprescindible erigir un modelo de Medicina antropológica, integral, holística, personalista, que cure en tanto se pueda y entretenga noblemente, mitigando las fatigas del cuerpo y las aflicciones del ánimo, cuando ya no sea posible curar.

Una Medicina, en suma, como la idealizada por el Profesor Roberto Cataldi Amatriain, en una obra de reciente aparición, que permita emerger en la relación entre médico y paciente, a partir del diálogo entre esos dos sujetos autónomos, la deseable empatía, la identificación mental y afectiva que valide y dignifique a ambos interlocutores.

Agradezco una vez más a los distinguidos académicos la generosa recepción que me han dispensado; y a todos los amigos, presentes y ausentes, su estímulo para continuar este aprendizaje interminable en que consiste el existir.