

MESAS REDONDAS ACADEMICAS

EXCESOS EN TERAPEUTICA ANTE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL *

I INTRODUCCION

PATRICIO H. BENAVIDES ‡

Este tema interesa por un doble motivo: por una parte, como individuos que llegaremos indefectiblemente a la muerte, y por otra, como profesionistas que tenemos que actuar en el momento en que nuestros pacientes están por llegar al término de su vida.

¿Qué tipo de tratamiento desearíamos ante la amenaza de muerte por algún padecimiento? ¿Está obligado el médico a luchar siempre para prolongar la vida de su paciente? ¿Habrán ocasiones en que algún médico luche por conservar la vida de un paciente, motivado por lograr o por mantener un prestigio, más bien que por el beneficio de su paciente? ¿A qué

llamamos una vida digna? ¿Qué importancia debemos dar a la opinión del paciente o a la de sus familiares para seguir o detener nuestra lucha? ¿Qué responsabilidad moral tenemos por haber prolongado una vida, cuando el tiempo demuestra que el enfermo no recuperó las funciones de relación y que quedó convertido en un "muerto en vida" o en un "vegetal" como quedan los descerebrados? ¿Podemos diagnosticar la muerte cerebral con absoluta seguridad? ¿Tenemos responsabilidad legal por omisión al no emplear algunos de los métodos con los que contamos? ¿Es justo dejar una carga económica, un problema moral, y a una o varias personas dedicadas a cuidar a un paciente por tiempo prolongado?

No pretenderemos contestar todas estas y muchas otras preguntas que surgen

* Mesa redonda presentada en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 16 de mayo de 1973.

‡ Académico numerario. Instituto Nacional de Cardiología.

al pensar en estos problemas; el objetivo al presentar el tema es invitar a reflexionar sobre el mismo, para decidir, posiblemente a nivel personal, si estamos convencidos de que nuestra actuación como médicos es la correcta en el medio en el que nos tocó ejercer la profesión; si debemos cambiar, en el sentido de redoblar nuestros esfuerzos para prolongar la vida de nuestros pacientes, o si debemos, de acuerdo a las circunstancias, ser cautos en nuestra postura en cada caso particular.

Hace unos cinco años no hubiese tenido sentido este planteamiento, pero los adelantos de la medicina han puesto en nuestras manos poderosos medios para prolongar la vida y estos recursos hacen de mayor responsabilidad nuestras decisiones. ¿Es lo mejor que todos nuestros pacientes graves sean "salvados" o mueran en una sala de cuidados intensivos, o tienen el derecho a "morir en paz", cuando el pronóstico del o de los médicos tratantes supone un desenlace a corto plazo? ¿Podemos considerar, en conciencia, que la prolongación de la vida contribuye, al menos en ciertos casos, a hacer

morir a un enfermo varias veces, sin lograr por esto una vida digna, ya sea por sufrimientos exagerados y sin esperanza de curación, ya por mutilaciones excesivas o por pérdida de las funciones de relación y del centro respiratorio?

No pienso en este momento en la eutanasia, sino simplemente en no utilizar recursos extraordinarios tales como la reanimación, algunas operaciones quirúrgicas, ciertos medicamentos, cuando un enfermo esté más allá de lo que suponemos recuperable. ¿Estaremos en lo justo al decir que hay casos en los cuales la muerte es una liberación y que puede ser bienvenida?

Creo que la forma como pensamos en la muerte tiene mucho que ver con nuestra educación en relación con conceptos religiosos, psicológicos o quizá mágicos. Parece que debemos pensar en ella con naturalidad, como en un fenómeno en todo semejante al nacimiento. Deberíamos estar mejor preparados para morir, ya que el nacimiento es la iniciación y la muerte el fin de nuestra vida, y nadie puede suponerse inmortal.

II ACTITUD DEL MEDICO ANTE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL. CONCEPTO DE VIDA

HORACIO JINICH *

Modernos y poderosos recursos terapéuticos, nunca antes al alcance del médico, lo han dotado de nuevos e insospechados poderes. La suspensión de las contraccio-

nes cardiacas y el paro respiratorio eran, hasta hace poco tiempo, los signos inequívocos de la muerte del individuo, muerte que era el resultado final de una infinita variedad de procesos patológicos, o era considerada como la terminación

* Académico numerario. Instituto Nacional de la Nutrición.

inevitable de una fase dentro de un ciclo cósmico, la consecuencia y condición esencial de la vida; muerte en todo caso frente a la cual el médico, impotente, daba por concluida su misión.

Dotado ahora de recursos que le permiten sostener artificialmente el funcionamiento de los aparatos cardiovascular y respiratorio, el médico se ve obligado a intentar dar respuesta a preguntas que antes soslayaba por considerarlas de interés puramente filosófico, así como a preguntas que antes no tenían por qué ser planteadas. Aquéllas son, entre otras: ¿Qué es la vida? ¿Qué es la muerte? Entre las segundas se encuentran las siguientes: ¿Ante el paciente que, dentro de lo humanamente previsible, no tiene ninguna probabilidad de salvarse, qué tanto debe esforzarse el médico por prolongar su vida? ¿Qué es más importante: esto último o dar fin a su sufrimiento?

Si interrogamos qué significa la palabra vida al hombre común, descendiente de aquéllos que la inventaron, nos dirá que es el nombre que damos a la causa no visible que se supone está detrás de un conjunto de manifestaciones que observamos en ciertas cosas y en otras no. Dichas manifestaciones son: que nacen o brotan, crecen, se alimentan, se reproducen, mueren. El científico dirá más o menos lo mismo, aunque revestido de términos técnicos y nos hará notar que varias de las manifestaciones antes enumeradas, en forma aislada no necesariamente implican vida, ya que pueden observarse en materias inertes, de manera que es preciso que se de el conjunto armonioso de todas ellas para que se pueda afirmar su carácter biológico. También nos hará notar que hay macromoléculas que se encuentran en las fronteras entre

la vida y la no vida, de modo que no es posible establecer separaciones absolutas ni definiciones perfectas. Una mente sintética insistirá en que la característica fundamental de la materia viva es su tenacidad para conservar una constitución fisicoquímica, una estructura y un funcionamiento relativamente constantes, frente a la acción desintegradora del medio ambiente, y que todas las manifestaciones antes enumeradas, y muchas más, no son sino mecanismos empleados para mantener esas constantes. Utilizando otros términos, dirá que la vida es "un sistema polifásico en equilibrio dinámico".

Todo lo anterior podrá ser cierto cuando se utiliza para definir la vida de todas las especies, menos el hombre. El hombre, en efecto, es el resultado de un salto evolucionario trascendental, que dio lugar a la conciencia. Si vida es todo aquello que hemos discutido, vida humana es todo aquello y tener conciencia de ello. Y si, como humanos, nos interesa la vida en todas sus formas, como humanistas (¿no lo es acaso todo médico?) nos interesa la vida humana.

Por ello, sabiamente, Sepúlveda¹ dice en su conferencia intitulada *La muerte del individuo humano*: "Si aceptamos que la actividad intelectual desarrollada en sus múltiples expresiones, es el carácter esencial del ser humano; y si consideramos que la acción creadora del hombre depende fundamentalmente del funcionamiento cerebral, el cual determina además su personalidad propia y sus relaciones tanto con sus semejantes como con el medio exterior, podemos afirmar seguramente que la integridad del cerebro es la condición más importante de la vida humana."

No hablaremos ahora de la muerte, y no por la conocida prohibición de Benito

Espinosa, sino porque el tema fue tratado de manera amplia y profunda por Sepúlveda, Laguna, Costero, Reussi y Fromm en una memorable mesa redonda, en ocasión del II Congreso de la Academia Nacional de Medicina.²

Definida ya la vida humana ¿qué tan lejos debemos ir los médicos en nuestros esfuerzos por prolongarla, en el paciente, que dentro de lo humanamente previsible, no tiene ninguna probabilidad de salvarse? ¿Qué es más importante: la prolongación de su vida o la terminación de su sufrimiento?

No es posible, por supuesto, ofrecer respuestas absolutas y universales. Cada caso individual, específico, exige una decisión que a menudo es "angustiante" ¿Por qué? Primero, porque depende de juicios de valor que tenemos que enunciar al juzgar sobre la calidad de la vida que resta. Segundo, porque depende de consideraciones pronósticas, nunca seguras, sobre la probable duración de esa vida. Sin embargo, aun aceptando esas formidable limitaciones, es deseable intentar establecer algunos lineamientos generales. No nos referiremos, en la presente discusión, a los pacientes que por sufrir un paro respiratorio o cardíaco agudo requieren de la aplicación de medidas inmediatas de resucitación. Tampoco discutiremos los problemas especiales que plantean los pacientes que son donadores potenciales de órganos. Nos dedicaremos, más bien, a discutir el problema de los enfermos que tienen, en la etapa final de su vida, sufrimientos físicos intensos y el de los pacientes inconscientes, descerebrados, sea como consecuencia de una lesión intracraneal, sea como resultado de un intento de resucitación parcialmente fallido.

No parecen existir dudas de que, frente a los primeros, la meta primaria del médico es el alivio de sus sufrimientos. Pero, tanto en esos casos como en los de los enfermos descerebrados ¿es deseable, es moral, hacer todos los esfuerzos posibles, utilizar todos los recursos de la ciencia médica moderna para prolongarles la vida, una vida que en el primer caso es un tormento y en el segundo caso es una vida "biológica" pero de ninguna manera vida humana?

Para tomar decisiones, el médico no puede ignorar el sentir del propio enfermo, de sus familiares y de la sociedad a la que pertenece.

Si el enfermo, consciente, expresa verbal o extraverbalmente su deseo de que su vida se alargue al máximo, es deber ineludible del médico respetar su voluntad. ¿Quién es el médico para valorar la intensidad del sufrimiento ni la calidad de la vida de ese ser humano puesto a su cuidado? Recordemos a Iván Denisovich, el personaje de la obra clásica de Solszenitzin, quien nos pinta un día cualquiera de su vida en uno de tantos campos soviéticos de trabajos forzados. Oprimidos por el horror nos vamos enterando de las estrujantes vivencias de ese día y, sin embargo, al final de la jornada, el personaje se acuesta en su barraca y se siente muy feliz. Fue un día de suerte: no lo castigaron enviándolo a la celda helada y su cuadrilla no fue enviada ese día a trabajar en el "Proyecto Comunitario Socialista"; a medio día se ingenió y logró obtener una cucharada extra de sopa; el jefe les puso buenas marcas por su trabajo; se sintió a gusto construyendo ese muro; logró ocultar de los guardias ese pedazo de clavo. Nada echó a perder ese día; fue un día casi feliz...

Es preciso, también, respetar la voluntad expresa de los familiares del enfermo si, informados del pronóstico y de la magnitud de su sufrimiento o de sus condiciones neurológicas, piden y exigen que se le conserve vivo el mayor tiempo posible.

Pero... ¿qué hacer en ausencia de esas indicaciones específicas? ¡Triste situación del médico que, dotado ahora de recursos poderosos para prolongar la vida, se acerca peligrosamente a la situación del criminal que abate una vida humana!

¿Qué hacer si el enfermo mismo, o sus familiares, o la autoridad, nos indican que pongamos fin activamente a una vida que, por la magnitud de sus sufrimientos, parece ser peor que la misma muerte? Aquí la respuesta de la profesión médica casi siempre ha sido, y esperemos que lo siga siendo siempre: No, jamás. El crimen piadoso, que periódicamente sacude la conciencia de la sociedad, puede estar justificado, puede ser profundamente humano y trágicamente noble pero, condonado, puede servir de excusa (y lo ha sido) para los más execrables crímenes, individuales, sociales y políticos. El médico no puede sustraerse a la cultura de la que forma parte y un principio fundamental de la ética judeo-cristiana, a la que todos pertenecemos, considera a la vida humana como el máximo bien.

Y si el médico no aplica medidas que pudieran prolongar la vida o si las retira, si desconecta el aparato o quita el contacto eléctrico, ¿ha cometido un acto de misericordia o un crimen? ¿Qué orientación nos dan las religiones y qué nos dice la ley?

Participan en esta mesa un moralista y un jurista. Ellos darán contestación a estas preguntas. Nosotros nos limitaremos

a decir que la voz de la Iglesia Católica quedó expresada por el Papa Pío XII quien, en 1957, en respuesta a la pregunta sobre si el médico puede interrumpir la respiración artificial en un enfermo moribundo replicó que se pide al médico que aplique medidas ordinarias pero no extraordinarias para prolongar la vida. Esta opinión de la Iglesia Católica no resuelve totalmente el dilema del médico, puesto que deja a éste la responsabilidad de definir qué es una medida extraordinaria.

En cuanto a la ley, si bien castiga todo acto de comisión que cause la muerte de un ser humano, no es tan clara cuando la muerte se debe a un acto de omisión.

En resumen, no es posible establecer reglas rígidas. Sólo podemos decir que el médico deberá mantener como meta hacer lo mejor por su paciente, dejándose guiar solamente por lo más profundo y noble de su conciencia y sin que dicten su conducta motivaciones egoístas. El dilema ante el enfermo comatoso, descerebrado, es más fácil. Existen, en efecto, criterios generalmente aceptados que permiten concluir que hay daño cerebral irreversible, de modo que el paciente no podrá nunca más volver a ser una persona humana consciente. Dichos criterios son los siguientes:

- 1) Cesación de la actividad cerebral, a juzgar por un trazo electroencefalográfico plano.
- 2) Cesación de la actividad del tallo cerebral, demostrada por dilatación de las pupilas.
- 3) Cesación de la actividad bulbar, a juzgar por la ausencia de movimientos respiratorios durante no menos de cinco minutos una vez

desconectado el aparato de respiración artificial.

- 4) Cesación de la actividad medular, demostrada por la ausencia de reflejos.

En estas condiciones no parece haber justificación para seguir sosteniendo artificialmente los latidos cardíacos y los movimientos de la respiración.³ Hacerlo significa, como ya se ha dicho otras veces, no prolongar la vida, sino prolongar la muerte.

No es posible terminar esta discusión sin, por lo menos, plantear algunas de las numerosas preguntas que surgen como resultado de los avances actuales y futuros en la aplicación de órganos artificiales y trasplantes.

Ante la indudable desproporción entre el gran número de candidatos a ser beneficiados por los trasplantes y la escasez de facilidades médicas de diversa índole, incluyendo las económicas, para llevarlas a cabo: ¿cómo vamos a escoger a los que tendrán la oportunidad de vivir, condenando a muerte a los demás? ¿Es ético favorecer al más rico o al que sea más útil a la sociedad, al que tenga más probabilidades de rehabilitarse, o simplemente al que esté en primer lugar en la lista? ¿Surgerà acaso un mercado negro de riñones, corazones e hígados? Y aún si se contara con las enormes sumas de dinero necesarias para poder proporcionar a todos los pacientes los beneficios de los trasplantes,

¿está justificado hacerlo? ¿Estamos beneficiando con ello a la humanidad? ¿Es lógico controlar por un lado la fertilidad y por el otro prolongar la vida de los viejos y de los enfermos? ¿No es acaso preferible dedicar ese enorme esfuerzo a la solución de problemas sociales más urgentes?

Conviene que, como médicos y humanistas, reflexionemos sobre todas estas cuestiones, pues ya no es posible desentendernos de ellas. Urge volver a adquirir un concepto filosófico profundo del sentido de la vida humana y de la vida en general, y del puesto del hombre en el cosmos, so pena de cometer catastróficos errores.

Los fósiles de los grandes reptiles que habitaron la biosfera durante el período mesozoico son mudo testimonio de que ese experimento de la naturaleza fracasó. Está por verse si *Homo sapiens* es otro experimento condenado al fracaso. Sólo que ahora ese veredicto depende de nosotros mismos.

REFERENCIAS

1. Sepúlveda, B.: *La muerte del individuo humano*. II Congreso de la Academia Nacional de Medicina. Memorias. México, Academia Nacional de Medicina, 1969, Vol. II, p. 515.
2. Sepúlveda, B.; Laguna, J.; Costero, I.; Reussi, C., y Fromm, E.: *El concepto de la muerte*. II Congreso de la Academia Nacional de Medicina. Memorias. México, Academia Nacional de Medicina, 1969, Vol. II, p. 491.
3. Editorial: *When do we let the patient die?* Ann. Int. Med. 68:695, 1968.

III ACTITUD DEL MEDICO ANTE EL PARO CARDIORRESPIRATORIO

PATRICIO H. BENAVIDES *

Hasta hace pocos años se consideraba universalmente como sinónimo de muerte al paro cardiorrespiratorio; sin embargo, el advenimiento del masaje cardiaco, sumado a la intubación traqueal y al uso de respiradores, ha permitido prolongar la vida de un buen número de pacientes a quienes antes se declaraba muertos.

El escollo más importante para tener éxito en la reanimación cardiaca está ahora en el cerebro, que no tolera una anoxia superior a tres o cuatro minutos, ni una hipoxia prolongada.

La decisión para iniciar las maniobras de reanimación estará condicionada por dos factores fundamentales que son: el tiempo transcurrido desde el paro circulatorio, y las facilidades con las que contamos para mantener la ventilación pulmonar.

Creo que debe hacerse una distinción muy clara entre los pacientes hospitalizados y aquéllos atendidos a domicilio, pues es obvio que tendrán mayores facilidades de vigilancia y atención oportuna los enfermos internados, y por tanto, los intentos y los éxitos de la reanimación cardiaca serán en mayor número entre estos últimos.

Hasta ahora sólo nos hemos referido a la posibilidad de intentar las maniobras de reanimación cardiaca, sin tomar en consideración cuáles enfermos deben ser sometidos a estas maniobras.

Todos los pacientes llegan a la cesación de sus latidos cardiacos al término de su vida, llámese o no muerte a este fenómeno. ¿Quiere decir esta afirmación que estamos obligados a emplear la reanimación cardiaca en todos aquellos enfermos que cumplan con los postulados del tiempo, y que cuenten con los medios indispensables para esperar éxito con el procedimiento?

Ante esta pregunta vienen a la mente las diferentes condiciones en las que llega a esta situación cada paciente en particular. Algunos ejemplos facilitarán la explicación:

a) Un enfermo que durante varios meses, o quizá más de un año, ha padecido de cáncer broncogénico, comprobado histológicamente; en quien se ha efectuado una neumonectomía, que ha recibido roentgen y quimioterapia, que padece de insuficiencia respiratoria, y cuya muerte ha sido prevista a corto plazo por su médico y ha sido aceptada por sus familiares. En este caso concreto, supongo que difícilmente exista algún médico que intente la reanimación.

b) El caso de un médico, que durante su trabajo hospitalario se queja de dolor precordial y, mientras lo están estudiando, súbitamente pierde el conocimiento y el médico tratante, que le está tomando un electrocardiograma, observa la aparición de fibrilación ventricular y paro respiratorio. En este ejemplo, todos los médicos, e incluso muchas enfermeras, iniciarán las maniobras de reanimación y

* Académico numerario. Instituto Nacional de Cardiología.

el éxito completo se logrará en la mayoría de los casos.

c) Un electricista que recibe una descarga eléctrica en un hospital, cae como fulminado por un rayo, y, si es atendido de inmediato, debe de ser reanimado sin más trámites.

Pienso que son candidatos ideales a la reanimación aquellos pacientes que tienen su organismo sano, y que por causas internas o externas deja de latir su corazón. En cambio, cuando el cese de los latidos cardiacos sea la última etapa de una enfermedad crónica y penosa, no parece haber base para las maniobras de reanimación, ya que se trata de la falla del organismo como un todo y no de un problema localizado a un órgano vital como lo es el corazón.

Entre estos dos extremos, un organismo prácticamente sano en el que ocurre el paro cardiorrespiratorio y uno enfermo, en el cual sus órganos fallan uno tras otro hasta la aparición del paro, existen numerosas etapas intermedias en las cuales el médico tiene que decidir de acuerdo con su criterio.

Aun cuando la edad es siempre un parámetro relativo, hay una franca diferencia entre individuos relativamente jóvenes y aquellos mayores de 75 a 80 años, ya que estos últimos están cerca, o más allá, del límite máximo aceptado para los promedios de vida.

Una situación ideal para efectuar las maniobras de reanimación son las operaciones quirúrgicas, porque se cuenta con una vigilancia estrecha y porque habitualmente se dispone de los recursos que nos ofrece la medicina moderna. Es posible afirmar que los casos de paro cardiaco o al menos circulatorio, son responsabilidad directa del equipo quirúrgico, y en

gran proporción del anesthesiólogo, que es quien tiene a su cargo la labor específica de vigilar al paciente.

En las salas de cuidados intensivos existen condiciones semejantes a las que prevalecen en las intervenciones quirúrgicas, como son la vigilancia constante y la disponibilidad de equipo y de personal médico y de enfermería entrenados. En estas condiciones ya no es tan fácil tomar decisiones. Existen relojes que funcionan como cronómetros e inician la medición a partir del momento en el que el personal advierte un paro cardiaco y los ponen a funcionar. Este sistema simplifica la valoración del factor tiempo y no la deja a impresiones emocionales. Téngase en consideración el estrecho margen que deja la anoxia cerebral. Pero a pesar de estos elementos con los que podemos contar, no es excepcional encontrar entre las órdenes del médico una que dice: "En caso de paro cardiaco no hacer maniobras de reanimación". ¿Por qué esta orden, que podría quedar al criterio del médico de guardia? Generalmente es debida a la experiencia hospitalaria, por la cual se conoce que con la llegada de nuevos residentes aumenta notablemente el número de reanimaciones, muchas de ellas no justificadas. Esta conducta conduce a pocos éxitos y crea más problemas que los que pretende corregir.

Una pregunta frecuente ante la reanimación es: ¿Hasta cuándo deben ser abandonadas las maniobras en caso de no tener respuesta positiva? La experiencia indica que en la mayor parte de los casos en que se tiene éxito la respuesta favorable, total o parcial, hace su aparición en unos cuantos minutos; si el éxito es parcial se debe continuar hasta tener datos de ausencia de actividad cerebral o hasta el cese de

la actividad eléctrica del corazón en el electrocardiograma. En caso de respuesta negativa absoluta, se debe proporcionar el beneficio de la duda y continuar con las maniobras durante un tiempo prudente, de 15 a 30 minutos, según el caso.

Las bases de la reanimación son en síntesis: sustitución de la función cardíaca por masaje; asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias y proporcionar ventilación pulmonar artificial; corrección de la acidosis producida por la hipoxia tisular, y la aplicación de un choque eléctrico cuando el paciente esté en fibrilación ventricular. Como medidas secundarias están la colocación de una venoclisis, el uso de drogas hipertensoras, inotrópicas, antiarrítmicas, y otras. El médico que está a cargo de un paciente en paro cardio-respiratorio debe emplear las armas que requiera para hacer funcionar de nuevo al corazón y al centro respiratorio, pero su atención estará alerta a los síntomas que indican el estado del cerebro, como son: estado de la conciencia, presencia o ausencia de reflejos pupilares, midriasis, anisocoria, aparición de convulsiones. No debe olvidarse que posiblemente hayamos iniciado a tiempo nuestras maniobras,

pero si el flujo enviado al cerebro es insuficiente la lesión cerebral puede ser producida durante las mismas maniobras por mala oxigenación cerebral, cuya causa puede deberse a masaje incorrecto o a una oxigenación inadecuada de la sangre a nivel pulmonar. Para saber si el masaje es efectivo se cuenta con el latido carotídeo y el estado de las pupilas, como buenos índices. En el paciente que está bajo vigilancia con monitores, es posible conocer la presión arterial que levanta el masaje cardíaco y, ya que es necesario relevarse en esta tarea, es fácil saber quiénes son los mejores del grupo para dar el masaje. Es interesante señalar que no siempre son los médicos los mejores, y que hay enfermeras que lo dan con tanto o mayor éxito que aquellos.

A mi juicio, es peor que la muerte obtener "éxito" en la reanimación cardíaca y dejar al paciente con lesión cerebral anóxica de la cual ya no se recuperará, pues estos enfermos pueden sobrevivir a su reanimación durante días, semanas, meses y hasta años, con la consecuencia obligada de vigilancia familiar y de cuidados médicos ininterrumpidos hasta el momento de su "muerte".

IV IMPLICACIONES ETICAS DEL MEDICO EN RELACION CON LOS ENFERMOS EN FASE TERMINAL

ENRIQUE RUIZ-AMÉZCUA

La situación peculiar del paciente en crisis aguda, respecto de su existencia humana, tiene diversas modalidades.

Esa crisis se puede presentar con carácter de urgencia, cuando se prevé un

desenlace rápido, ante la creciente evolución de la enfermedad y la marcada ineficacia de los intentos terapéuticos.

Aparece, también, como un proceso lento e irreversible del enfermo sujeto a

paliativos, pero sin esperanza de curación. En estos casos, a veces las mismas facultades superiores del hombre están deterioradas y aun nulificadas, llegando al estado comatoso, sin respuesta activa de la corteza cerebral.

Ante éstas y semejantes situaciones, que tienen como denominador común el encontrarse el enfermo en fase terminal, hay dos importantes corrientes que se orientan hacia el bienestar del enfermo: la ciencia médica que busca luchar en plan de vanguardia científica, y los parientes del enfermo que ponen su interés, amor y recursos económicos para secundar la medicina; ambos creen que no deben ahorrar nada para lograr aún lo que parece imposible.

Pero, está en primer plano el centro de este cuadro dramático, que es el enfermo: ¿se le tiene en cuenta? ¿Se procura salvaguardar sus probables decisiones, aun cuando no las pueda formular? En una palabra, ¿se tiene en cuenta su dignidad humana? Esta dignidad y altura con que se nace y se procura vivir, ¿no vale la pena sostenerla hasta el fin de la existencia, y más aún, entonces?

El aspecto ético de este tema tiene diversos factores que deseamos ir analizando. Tales son, entre otros, la dignidad del hombre en el recto uso de su libertad, su autodeterminación en cuanto a aceptar o rechazar los medios severos que puede ofrecer la medicina, y el cuidado de evitar las mutilaciones intolerables o el deterioro de sus facultades superiores.

No será posible dar soluciones fijas que encuadren toda actividad de este tipo para el médico, pero sí deseamos marcar algunas rutas que nos indiquen una seria reflexión científica, y dignifiquen esta actividad terapéutica en tantos casos rodea-

dos de inquietud y con diversas actitudes y opiniones, en el campo de la ética médica.

Significado y dignidad de la vida humana

El sentido de la vida humana es un valor fundamental para la humanidad. Cada vez se acrecienta más en el hombre la convicción de su propio valer, prescindiendo de su edad o condición social.

En cambio, el sentido de la muerte está envuelto en un variado pluralismo, sujeto a opiniones diversas que vienen a ser un reflejo de la actitud variante ante la vida corporal, ante el sentido de lo que es nuestra existencia humana.

La vida es un bien. El hombre tiene un interés primario respecto de su vida, un interés superior a los bienes materiales. Su valor no tiene un enfoque estático, o sea, el de simplemente ser o existir; sino que su dinamismo lleva consigo el desarrollo de una serie de valores como el amor, la justicia, la paz, el servicio. Son metas por las cuales conviene luchar y que dan un sentido a nuestra existencia. Incluso puede uno pensar en dar la vida por defenderlas.

Sin embargo, un factor indispensable para el desarrollo de la vida, para su dinamismo y valorización, es la salud con todas sus ramificaciones. Salud corporal, o la normalidad funcional del organismo, y salud mental, o sea la recta coordinación de las facultades típicamente humanas.

Sobre estas bases se cimenta la vida humana como un bien para el individuo y como un bien para la sociedad.

Valor de una jornada de la vida. El valor de toda la existencia de un ser humano se entreteje con la actuación del hombre en cada día de su vida. Una jor-

nada del hombre tiene valor en cuanto que es un paso de avanzada hacia la meta que el mismo hombre se señala en su existencia, y viene a ser como el eslabón de una larga cadena.

La enfermedad rompe esa armonía y la salud recuperada vuelve la vida a su equilibrio, normalizando su trayectoria. Mas, cuando esa recuperación es dudosa o se prevé el mal como irreparable, entonces cada día adquiere un sentido especial, y se puede plantear la vital interrogación: ¿vale la pena luchar porque se prolonguen artificialmente esos días contados?

Se supone que el hombre no tiene en sí el poder de acortar violentamente su vida, pero, por otro lado, ¿tiene el derecho, tiene la obligación de luchar por contar con otro día más? Ese día que se arranca a la muerte, ¿vale la pena vivirlo? ¿corresponde a la dignidad humana pasarlo sin conocimiento, sin esperanza, o entre dolores y tensiones que rodean el último tramo de una existencia en fase terminal? No tratamos de acortar la vida directamente, sino de no dar una jornada más de vida artificial.

La vida corporal tiene un sentido cuando se puede disfrutar en su completa armonía, en cambio, ante un desquiciamiento de la vida biológica, de la potencia intelectual y volitiva, creemos que esa existencia ya ha tocado a su fin, y lo que existe, disgregado y en conflicto, no es vida integral, es un desenlace de sus componentes vitales, en una corriente de desintegración irreversible.

Dinamismo de la vida humana. El valor y la dignidad de la vida humana brotan de su integración dinámica. Las corrientes de ese conjunto armonioso son estratos de vida, cuya plenitud y riqueza

se encuentran exclusivamente en el ser humano.

La base fundamental es la vida vegetativa que se compone de elementos celulares y tejidos en compleja estructura, dando el sustrato al ser, dando la realidad de los elementos que inicialmente son vida, en sus componentes bioquímicos y funcionales.

A este conjunto se suma la corriente vital instintiva que añade una nueva complejidad y el enriquecimiento de relaciones sensoriales propios de la vida animal, con todo su conocido dinamismo, relacional y con reflejos complicados.

La cumbre de esta pirámide vital es la potencia psicosomática, dando un ser integral a la existencia propiamente humana, en el sentido de su alta dignidad.

La integración y relación armoniosa de estos tres estratos forman la vida en su fuerza normal y en su altura moral. La armonía de la salud es el bienestar que se busca sostener en el curso de nuestra existencia.

Cuando la enfermedad lesiona al hombre se altera o destruye alguno de estos estratos vitales. Si una patología causa estragos irreparables, el dinamismo vital queda lesionado. Si es irreversible el mal, entonces queda mutilada la vida humana. Finalmente, pensamos, si ese estrato vital alterado o nulificado es el más noble y típico, es el psiquismo, entonces, ¿es un ser humano el que sobrevive? ¿es un ser humano el que está reducido a la vida animal o a la vida vegetal? Al perderse esta potencialidad, esa serie de reflejos y quedar todo reducido a una vida inferior, de nuevo planteamos el problema, ¿es verdadera vida ese conjunto incompleto del ser humano? La ciencia médica reducida al papel de espectador impoten-

te, ¿deberá seguir luchando por sostener lo que el mismo interesado ya no desearía conservar?

Por otro lado, también surge el interrogante: ¿cuándo se presenta esta situación sin dejar lugar a duda? Además de la base científica y moral de cada médico, su criterio personal va a indicar la resolución que adopte, apoyado a su vez, en la decisión del enfermo o de las personas que sean responsables de él, según su estado de conciencia. El resultado va a ser un marcado pluralismo de opiniones, y la imposibilidad práctica de una unificación absoluta en cuanto a la conducta médica, ya no digamos ante situaciones diversas en general, sino aun en el caso concreto de un enfermo.

Valor de la vida en relación con los demás. La vida humana no existe como entidad aislada; no sólo su existencia, sino su misma conservación es una responsabilidad participada. Muchas veces se considera la vida de los integrantes de una comunidad humana como fruto de una tendencia instintiva de calidad gregaria, pero es mucho más, porque no solamente tendemos a vivir juntos, sino que somos responsables, en grado variable, del bienestar vital, propio y ajeno.

Por esto el problema se sitúa desde el plano embrionario y se complica ante la distocia fetal, ante los nacimientos con producto defectuoso. Reflexionemos sobre el papel del médico en un conflicto, durante determinada gestación. Se habla, a veces, de salvar la vida que más vale, o de la que se tiene más interés en conservar: la vida materna. Pero, ¿qué decir de la vida que no se puede defender, la del niño por nacer? ¿se podrán destruir vidas que no se prevean normales desde el embarazo? ¿esas vidas no son humanas?

Suponiendo un nacimiento normal. Se desarrolla a continuación la vida según una trayectoria adecuada; se lucha, goza y sufre ante todos los contratiempos ordinarios y comunes a todos, de la existencia humana. Mas llega, al final, la crisis mencionada de una enfermedad en fase terminal; entonces sigue en pie la reflexión que nos ocupa: no solamente se ha de juzgar el valer individual de la persona, sino que entra en esta consideración el aspecto de la vida en relación con los demás, y es un factor que debemos tener en cuenta para las decisiones que se tomen.

Relación de la vida humana con la libertad

La vida del ser humano consciente queda encomendada a su responsabilidad. En otras palabras, con mayor precisión ética: el manejo de nuestra existencia está íntimamente relacionado con el uso de la libertad; con una serie de autodeterminaciones parciales que tienen como meta el cuidado de dicha existencia.

Sin embargo, ese cuidado supone la consciente aceptación de ciertos riesgos que ponen en peligro, más o menos serio, la vida propia. Hay riesgos libres, como diversos tipos de deportes; hay riesgos útiles, como la cacería; y existen riesgos necesarios, como el manejo ordinario del automóvil, como el trabajo cotidiano, que pueden ejercer una tensión seria y desgaste irreparable de la salud.

En todos estos riesgos juega un importante papel la motivación que los impulsa, la necesidad o el grado de amor con que se ejercen. La ética los valora según la proporción equilibrada entre el grado de riesgo y la necesidad de aceptarlo, en contraposición con el provecho personal o en

bien de la humanidad. Pensemos, en este sentido, en el riesgo de un astronauta y en el de un médico que lucha intensamente en su trabajo, sin un descanso proporcionado.

Este riesgo es calculado, porque tiene la fuerza de una motivación ordenada, pero cuando el orden moral llega a descontrolarse, se sobrevalora el poder que uno tiene sobre su existencia, se derrumba el concepto mismo de la vida y termina este desorden con la autodestrucción. El suicidio es una incógnita moral y fruto, ordinariamente, de una perturbación mental.

En los casos de enfermedad incurable aparecen como resultante de este cuadro patológico, una serie de repercusiones en el campo psicológico, como la angustia fruto del dolor y demás padecimientos constantes, la depresión y una esperanza de curación que va disminuyendo, hasta casi desaparecer. Entonces, si llega el enfermo a desistir en la lucha por la vida, si rechaza los medios que le ofrece la ciencia médica, nos preguntamos: ¿hasta qué grado tiene razón el paciente y en qué circunstancias? ¿hasta dónde obligan al médico estas decisiones del enfermo o de sus familiares? estas posiciones no se pueden calificar ligeramente, juzgándolas como actitudes suicidas. Más bien debemos aclarar estas situaciones a la luz de las orientaciones que ofrece la ética.

Conservación de la vida en fase terminal

Suponiendo que nos hemos de ocupar en el cuidado ordinario de la salud y de la vida; y teniendo en cuenta que se han de reducir, en lo posible, los riesgos inevitables, pasemos a fundamentar la reflexión ética en los casos de fase terminal.

Trayectoria ética. La idea central de la ética en su enunciado teórico, no parece difícil de plantear con claridad y sencillez: hay dos medios, en general, para recuperar la salud cuando peligra la vida: los medios ordinarios y los medios extraordinarios. En cuanto a los primeros (los ordinarios), por su naturaleza, nos vemos precisados a utilizarlos; en cuanto a los segundos (los extraordinarios), quedan sujetos a la libre determinación de las personas responsables: el paciente o, ante su incapacidad, sus parientes y también el médico.

Los dos escollos que dificultan un avance claro y definido ante esta base ética son, en primer lugar, una clara distinción entre los medios: ¿cuáles son medios ordinarios? ¿cuáles son los extraordinarios y libres de aceptar? Todo se evalúa según las personas, sitios y naturaleza característica de los mismos medios terapéuticos.

En segundo lugar viene la utilización concreta de los medios: ¿llegan dichos medios terapéuticos a convertirse de ordinarios en extraordinarios? Creemos que sí, y de aquí la clave para tomar una decisión. En el médico puede quedar una sombra de duda: ¿esta posición no equivale al negligente abandono del paciente? ¿no sería negarle una oportunidad que posiblemente le pueda salvar la vida?

Clasificación ética. Los medios ordinarios y extraordinarios se contraponen entre sí. Pasemos a enumerar algunos criterios teniendo exclusivamente en mente el caso que nos ocupa de un enfermo en fase terminal.

En el campo de lo asequible, medio ordinario será el que está al alcance del paciente, aunque se trate de una intervención seria, pero es posible darle una oportunidad, por tener un medio hospitalario

adecuado. Sería extraordinario el carecer de este medio y tener que trasladar al enfermo a un sitio lejano, exponiéndose a extinguir el rescoldo de vida que le queda en un viaje prácticamente occisivo.

Si consideramos el aspecto económico, un medio ordinario será el que esté al alcance de los interesados, aun apoyándose en derechos de medicina social; y extraordinario el que no está al alcance de las instituciones o de los particulares.

En su modalidad científica, el medio ordinario es la terapéutica bien comprobada y cuya aplicación es ordinariamente adecuada; medio extraordinario es la terapéutica dudosa o en estado de experimentación inicial.

En cuanto al grado de vida humana, un medio ordinario será el que puede lograr una recuperación digna del individuo; y medio extraordinario el conjunto de atenciones médicas que solamente logran sostener una vida a nivel biológico y privada de las funciones psíquicas.

Respecto del nivel vital, el medio ordinario es un auxiliar de las funciones humanas y busca su restablecimiento normal; el medio extraordinario es el que sostiene artificialmente las funciones que ya se extinguen o que han dejado de existir y los modernos aparatos sólo logran sostener esos restos orgánicos del individuo con una vida dudosa, con un funcionamiento fraccionario, como podría activarse un órgano aislado, en un laboratorio experimental.

En los casos de embarazo patológico, el medio ordinario será la terapéutica que prevea la curación del producto y de la madre, ante un grave riesgo de alguna de las dos vidas; y medio extraordinario, el conjunto de orientaciones médicas que no son suficientes para salvar ambas vi-

das. Excluimos aquí los medios directamente destructivos del producto, que suelen ser fruto de inmadurez científica o de un falso poder de elección sobre quién tiene derecho a la vida, o sobre cuál es aquél que goza de nuestras preferencias.

En los casos concretos, estos diferentes aspectos suelen ser acumulativos, de tal suerte que no se presentan aisladamente, sino que el cuadro en fase terminal se ve agravado con las complicaciones de varios de estos aspectos y va definiéndose cada vez más la certeza de encontrarnos cara a cara con una serie de medios que, por ser extraordinarios, su obligatoriedad ha dejado de ligar nuestra conciencia humana y científica.

Sin embargo, conviene insistir en que el juicio moral sobre la naturaleza de estos medios no es de carácter matemático. Los juicios morales, que son nuestro caso, vienen a ser apreciaciones, con cierta flexibilidad, y dan cabida a un variado pluralismo. La razón es que dependen de los derechos del mismo enfermo, dependen de los medios que estén a nuestro alcance y dependen del médico mismo. Así que un caso particular puede dar lugar a juicios y posiciones morales diversas aun cuando, en teoría, el nivel de las bases morales sea claro y las normas teóricas bien definidas.

Dinamismo concreto en el campo de las decisiones

El conjunto de las consideraciones anteriores se va derivando hacia una toma de posición, al palpar la realidad de casos concretos, en que se conjugan todos los medios científicos al alcance y las deliberaciones morales que fundamentan esas decisiones, como poder humano de autodeterminación.

En los límites de la existencia humana. Se puede hacer una incursión, casi sin límites, en los campos de la terapéutica intensiva, donde se lucha con medios avanzados e impresionantes, a la vez que se trabaja en un clima de incertidumbre, de esperanza y frecuentes decepciones. También es posible ejemplificar más, extendiéndonos a otros casos de enfermos en fase terminal; sin embargo, con objeto de no volver tedioso el tema, bastará con hacer algunas aplicaciones de las normas éticas para ilustrar éste y para indicar materia de reflexión.

Teniendo en cuenta el marco en que se limitan los casos, es decir, únicamente los enfermos en fase terminal, es de mucha utilidad en esta investigación, pensar en la necesidad de la alimentación intravenosa y en otros medios terapéuticos que tienden a prolongar la vida sin una meta curativa, por estar ya fuera del alcance de la medicina.

Lo mismo se podría anotar sobre las transfusiones de sangre y el uso de oxígeno; puede haber alivio al dolor, exclusivamente, lo cual sí está éticamente bien orientado, pero en realidad, ¿se busca inútilmente una curación, que por otro lado se ve imposible? ¿se inculcan falsas esperanzas? ¿se persigue mérito científico?

También se presenta el caso de curaciones experimentales, cuyo uso precipitado tal vez sea únicamente un sedante para las personas responsables del enfermo y del deseo médico de hacer "todo lo posible" por salvar a su paciente y no sentir que se le defrauda.

Se presentan cuadros muy traumáticos de sucesivas amputaciones en pacientes que van quedando en un estado lamentable e inhumano. Hay intervenciones quirúrgicas mayores que se sabe solamen-

te tienen un fin paliativo. Cuando el deseo de vivir anima al paciente en la búsqueda de esa imposible curación por dichos medios, se entrevé que sea razonable su aplicación; pero hay casos en que se necesita una fuerte motivación de convencimiento para que se acepten ¿es esto razonable?

Una especial mención merece el caso de las repetidas reanimaciones, sobre todo cuando solamente se logra escalar el primer peldaño de la vida, la vegetativa, ¿se puede admitir humanamente que el médico luche para que ese enfermo viva a ese nivel? ese logro tal vez se consiga a base del derrumbe moral y económico de los parientes. ¿No podemos suponer implícitamente una determinación del mismo paciente de no mantener su cuerpo en una vida infrahumana, inconsciente?

La toma de posición médica. Cuando un medio terapéutico, en teoría, pasa al grado de extraordinario y cesa la obligación de aceptarlo, aún no parece claro para el médico qué posición deba adoptar. En primer lugar, porque a él le toca clasificar dichos medios y decidir si ya cesa la obligación de utilizarlos. También, por otra razón y es el juicio científico que deba emitir el médico no solamente sobre la inutilidad curativa de los medios que está utilizando, sino sobre otros que no le parece conveniente iniciar. En resumen, juzgar sobre lo que hace y sobre lo que deja de hacer. En ese punto se llega a centrar la responsabilidad del médico.

También a él le toca relacionarse con los parientes del enfermo inconsciente, para juzgar si la decisión que deseen tomar ellos sobre la suspensión del tratamiento sólo nace del deseo más aquilatado que mira al bien del paciente y no

está oscurecido por intereses materiales. Lo mismo indicaría la ética al médico cuya actuación mire solamente al bien de la humanidad.

Conclusiones

En resumen, se podrían anotar determinadas conclusiones prácticas de lo expuesto anteriormente en el campo ético:

1o. En teoría, se pueden omitir los medios claramente de tipo extraordinario, cuando se trata de enfermos en fase terminal.

2o. Cualquier decisión que se adopte será una posición que respete la libertad

del enfermo, según pueda formularla, o razonablemente se suponga.

3o. El papel del médico es primordial, porque sus conclusiones, fruto de maduro estudio y consulta, van a señalar la ruta definitiva.

4o. La opinión médica puede tener variantes según el criterio científico del facultativo, pero será acertada, dentro de los límites humanos y científicos en que se desenvuelva.

5o. Por esto no ofrecemos soluciones definitivas sino caminos de reflexión, que esperamos tengan utilidad en bien de la dignidad humana, con la cual se nace, por la cual se vive y que no ha de desaparecer en el escenario de la muerte.

V IMPLICACIONES LEGALES DEL MEDICO EN RELACION CON LOS PACIENTES EN FASE TERMINAL

ALFONSO NORIEGA

Trágico y dramático es el tema. Trágico y dramático, porque afecta directamente a juicios estimativos sobre dos valores esenciales de la persona humana: la vida y la muerte.

Sócrates, uno de los espíritus más selectos y nobles en la historia de la humanidad, dijo al formular su defensa ante los jueces de Atenas, como remate o broche final de su discurso, las siguientes insuperables palabras: "...ya es tiempo de salir de acá; yo, para morir, vosotros, para vivir. Pero cuál de nosotros va al encuentro del mejor destino, eso nadie lo sabe fuera de Dios". Este "ir hacia la muerte", puesto por Platón en los labios

de su maestro en este momento, significa más que el mero hecho de que debe morir, en tanto que los otros puedan seguir viviendo. En él se cumple, más bien, el sustancial "ir hacia la muerte" del auténtico filósofo, de que hablara el Fedón, mientras los otros permanecerán todavía en la ambigüedad de la vida terrena.

Profundo y sustancial misterio del ser humano: la vida y la muerte. Sobre todo esta última que nos acompaña inexorablemente desde el instante mismo en que nacemos. Los hombres —pienso— nacen desnudos, indefensos, provistos únicamente de una dotación adecuada de miedo, de cólera y de valor, que es todo nuestro

patrimonio cuando hacemos acto de presencia en la vida. Quizá sería muy útil y agradable que al nacer, también se nos diera una dosis —aun pequeña— de sabiduría. Pero, desgraciadamente no es así; ésta debemos conquistarla día a día, minuto a minuto, durante el curso de nuestras vidas. Pero, como una fiel compañera, cuya presencia nos acompaña toda nuestra existencia, está la muerte, de tal manera que tal parece que nacemos, precisamente, para morir.

La muerte no es, por tanto, simplemente una parte empírica de nuestra experiencia, sino que es de esencia de la experiencia de toda vida, inclusive de la nuestra propia, el hallarse dirigida hacia la muerte. La muerte pertenece a la forma y a la estructura únicas en que nos está dada cualquier vida, la nuestra como otra cualquiera y esto desde dentro y desde fuera. No es un marco casualmente añadido al cuadro de cada uno de los procesos psíquicos o fisiológicos, sino un marco que pertenece al cuadro mismo y sin el cual no sería el cuadro de una vida. El morir de la muerte, es en verdad, en una u otra forma, una acción, un acto del ser viviente mismo. "Morir su muerte" es todavía un acto que pertenece al interior de la serie de los actos vitales, sea cualquiera la manera como este acto se produzca por causas externas de índole catastrófica. Es por esto que el ser humano que tiene obligación de vivir dignamente, tiene así mismo, el derecho de morir con dignidad.

En mi opinión, la medicina es un conjunto de conocimientos y un cuerpo de técnicas que el médico lleva a la práctica con el fin de conservar la salud y de curar las enfermedades; por tanto, se trata, a la vez, de una ciencia, o más bien de

un conjunto de ciencias y de un arte en lo que respecta a la aplicación individual que el médico hace de las primeras.

Desde este punto de vista, elemental sin duda alguna por provenir de un profesional lego en la materia, existe una parte —un sector— de estos conocimientos y de estas técnicas que puesto al servicio de la aplicación de las normas legales que rigen la vida en la comunidad, constituye la medicina legal.

Las leyes penales aseguran el orden y la seguridad en las sociedades humanas. El Código Penal es una especie de termómetro que indica la gravedad de las infracciones. Cuando la noción o el índice de una posible infracción se plantea para ser juzgado por la justicia, los jueces deben investigar la realidad de esta infracción, así como su peligrosidad o gravedad y, al mismo tiempo, descubrir y conocer al culpable.

En esta situación, cuando la infracción es una herida o bien un envenenamiento o una asfixia, o cualquier otro atentado a la salud o a la vida de una persona, los jueces no pueden prescindir del auxilio de los médicos. Los testimonios, la declaración del presunto culpable, los demás medios ordinarios de prueba, no son suficientes, en este caso; el único medio de que puede servirse la justicia, es el dictamen médico legal en relación con los hechos, así como respecto de las conductas. Los jueces de derecho, deben en consecuencia, necesariamente, utilizar el juicio de los médicos, para determinar la aplicación adecuada, recta y efectiva de las leyes.

Las leyes civiles autorizan y, más aún, ordenan a quienes deben resolver entre litigios planteados entre particulares, recurrir al médico, para dictar sentencias

sobre la existencia, naturaleza y extensión de los daños físicos o mentales, alegados por un demandante, después de un accidente, por ejemplo; o bien, respecto de la capacidad de una persona determinada, para administrar sus bienes, formular su testamento o contraer matrimonio.

Las leyes sociales, con el esfuerzo mutuo de los ciudadanos, aseguran el bienestar de todos y cada uno de ellos y para aplicar éstas a la infinita variedad de los casos individuales, es necesario conocer el origen de las enfermedades, el momento de su curación, el paso de las mismas al estado crónico, la invalidez y su naturaleza y, todo esto requiere —o más bien exige— el concurso del médico.

Todo esto expuesto en forma esquemática, lleva a la conclusión de que el médico y la especialidad de la medicina, son guías indispensables de la justicia y del derecho; efectivamente, si la función cotidiana de la medicina legal, o más bien como se ha dicho de la biología legal, es la de aportar su ayuda a la solución de los problemas judiciales particulares, su acción se ejerce en el gabinete de los médicos, en los hospitales, en los laboratorios y aun en los cementerios; pero también puede ejercerse fuera de estos sitios específicamente destinados a la función médica y aun fuera de los juzgados o tribunales, porque el técnico en medicina tiene otra función de extraordinaria importancia y ésta es la de servir de inspirador a los legisladores. Se podría decir, sin paradoja, que en la redacción, revisión y actualización de una buena parte de las leyes, el consejo, la asesoría del médico —del biólogo legal— es imprescindible. Estos son los hechos que nos muestran los vínculos íntimos e insoslayables entre el médico y el jurista, así

como también entre el médico y el legislador.

En esta situación, ¿cuáles son las implicaciones jurídicas de la conducta del médico en relación con el enfermo en fase terminal?

El derecho, desde un punto de vista, quizá el más importante, no puede intervenir en los problemas relativos al tratamiento de los enfermos en trance final y, por tanto, respecto de la existencia o no, de exceso o defecto en la terapéutica respectiva, sino en el caso en que aparezca un hecho antijurídico. Los problemas relativos a la enfermedad de los seres humanos, a su supervivencia y, por tanto a su muerte, son sin discusión alguna, materia propia del médico, del especialista en la ciencia médica. El jurista, el abogado, así como el juez, no tiene, ni puede tener intervención en este campo que, por su propia naturaleza, le está vedado; a él, al jurista, le interesan los efectos que las conductas de los médicos puedan tener respecto a la enfermedad, a la vida y a la muerte de los seres humanos. Así pues, el derecho, únicamente encuentra justificada su intervención en estos casos, cuando surge un hecho antijurídico.

El hecho se dice antijurídico, o bien jurídicamente ilícito, cuando es contrario al derecho. Este calificativo de contrariedad al derecho, se llama antijuridicidad, o ilicitud jurídica y expresa precisamente la relación de contradicción entre un hecho y el derecho.

Pero, quizá sea necesario precisar que el concepto hecho, tiene en esta definición un sentido muy amplio, ya que propiamente debe decirse que lo que califica la antijuridicidad, la contrariedad con el derecho, es necesariamente, una acción,

una conducta, es decir, una manifestación de voluntad humana. En consecuencia existe un hecho antijurídico, cuando una acción, una conducta, una manifestación de voluntad, es contraria al derecho y por tal se debe entender el derecho objetivo, es decir, el derecho como norma, expresión o manifestación de la voluntad de la ley, del ordenamiento jurídico.

Con este antecedente, es necesario afirmar que el delito es un hecho contrario a la ley jurídico-penal, toda vez que es un hecho antijurídico que contraría una norma del Derecho Penal. En esta situación, se puede así mismo afirmar que la antijuridicidad, es uno de los tres elementos del delito que son: un hecho, la ya mencionada antijuridicidad y la culpabilidad. Por tanto, insisto en ello, en su esencia fundamental la antijuridicidad, expresa la relación de contradicción entre el hecho y la norma jurídica y constituye uno de los elementos —o notas esenciales— del concepto de delito, por lo que se puede concluir que delito es la acción típica, contraria al derecho culpable, sancionada con una pena adecuada y suficiente a las condiciones objetivas de la responsabilidad.

Establecidas estas nociones, por fuerza necesaria elementales, de la antijuridicidad y el delito, es pertinente esclarecer cómo es que la conducta de un médico en el tratamiento de un enfermo en trance final puede incurrir en antijuridicidad y tipificar un delito, un ilícito jurídico. El Código Penal en vigor en México, dice que delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales y agrega que los delitos pueden ser intencionales y no intencionales o de imprudencia. En esa virtud, obligado a formular esquemas, considero que en el delicado y sutil caso del

tratamiento de los enfermos en fase terminal, el derecho no puede intervenir sino cuando exista la posibilidad de un hecho antijurídico, de un delito; es decir, cuando el médico por un acto de su voluntad, o bien por una omisión, contraría una norma penal. Por un acto o una omisión; es decir, la voluntad del médico ha de manifestarse en el mundo exterior, por un movimiento corporal, ya que este hecho constituye el elemento objetivo, material o físico del delito.

En otras palabras, para que la conducta de un médico pueda ser considerada culpable y por tanto delictuosa y deba ser sancionada, debe revestir el carácter de un delito y para ello debe existir una triple consideración: un acto o bien una omisión voluntarios, un resultado dañoso respecto de una persona y una relación de causalidad entre ambos extremos. Pero, el concepto quedaría mutilado si no se agregan otras calificaciones esenciales: las acciones y omisiones deben ser voluntarias; pero, ¿qué es lo que los tratadistas y las legislaciones entienden por este concepto "voluntarias"? La respuesta ha sido casi unánime: por acciones u omisiones voluntarias se entienden acciones u omisiones dolosas; es decir, la voluntad del delincuente —o presunto delincuente— debe estar dirigida a la ejecución del delito y, así mismo, tener conciencia de que el hecho que ejecuta u omite, es opuesto al derecho y, por último, el agente debe obrar en virtud de un motivo antisocial o antijurídico. Así pues, la conducta del delincuente —en este caso el médico—, como dice expresamente nuestro Código Penal, debe ser "intencional", elemento que la misma ley presume en todas las infracciones criminales. En consecuencia, para que exista responsabilidad penal se

necesita que concurran tres condiciones psicológicas: la voluntad, la intención y el fin.

Estas sucintas consideraciones, si bien elucidan la posible responsabilidad del médico, si en el tratamiento de un enfermo en trance final lleva al cabo una conducta que atenta en contra de la vida, la supervivencia o la salud de un enfermo y lo hace por medio de un acto de su voluntad, con intención dolosa y por motivos antisociales o antijurídicos y, aún más, esta conducta es contraria a una norma del Derecho Penal, debemos tener en cuenta que la calidad más o menos antisocial del acto, la calidad más o menos antisocial del agente, determinará el grado de responsabilidad social y jurídica y la pena que el juez deba imponer.

Pero, todas estas consideraciones se hacen sobre la base de la existencia de un verdadero delito —más que de un homicidio, de un asesinato—, situación de tal manera tajante que nos obliga a meditar sobre los innumerables casos en que no existe la acción u omisión voluntaria o dolosa; es decir, queda en pie el problema central de este simposio: ¿cómo se relaciona el tema de la responsabilidad penal de un médico, cuando actúa en el caso de un enfermo en trance final y no existe, en condiciones ostensibles la acción u omisión dolosa?

De acuerdo con las ideas generales que he expuesto respecto de las infracciones criminales y si pudiéramos establecer una gradación o jerarquía de la responsabilidad de los médicos en la terapéutica de los enfermos en trance final, en mi opinión, se debe considerar en primer lugar, el caso más notable, o sea la muerte dada a los enfermos incurables que demandan perentoriamente el fin de sus tormentos,

acogida ya, por cierto con criterio exculpador por algunos códigos, como el de la U.R.S.S., o sea la eutanasia, por acción o por omisión —ilícito este último, que podríamos clasificar como “comisión de delito por omisión”—, que ha sido tratado con amplitud por muy distinguidos penalistas, moralistas y sociólogos y que ha provocado espectaculares procesos judiciales en muchas partes del mundo. Por su propio carácter, por la magnitud de los problemas que la cuestión plantea y por la ausencia de regulación jurídica en nuestros ordenamientos penales, me concreto a plantear la cuestión y la abandono de inmediato a la reflexión y meditación de los lectores.

Sin embargo, como un antecedente de mi opinión personal, concerniente al tema motivo de esta mesa, que expondré más adelante, quiero detenerme a señalar las condiciones que la doctrina ha fijado para que un homicidio pueda ser calificado de piadoso y, por tanto, incurrir su autor en las atenuantes que la misma doctrina y algunas legislaciones han establecido al efecto. Las condiciones mencionadas, son las siguientes:

1. Que el paciente reclame la muerte;
2. que el padecimiento sea cruento, profundamente doloroso;
3. que el padecimiento sea mortal, de los que no perdonan en breve plazo, y
4. que el ejecutor mate por motivos altruistas, exclusivamente con el propósito de abreviar el sufrimiento del enfermo.

Podría así mismo tenerse en cuenta, en este examen de las implicaciones jurídicas de la atención de los enfermos en trance final, otro caso de particular importancia

que también ha sido explorado por la doctrina y la legislación; me refiero al llamado por los juristas homicidio-suicidio, que ha sido explorado con profundidad y sapiencia extraordinarias, por un maestro de maestros del Derecho Penal hispano-americano, el señor doctor Francisco González de la Vega. Este caso, se refiere a la situación cuando en el suicidio de una persona contribuyen terceros, surgiendo así el problema de la participación en el suicidio de otro; éste es —dice González de la Vega—, un problema de acentuado tecnicismo que presenta diversas facetas, sólo captables por medio de meticolosos análisis. Tres son las formas de participio —agrega el maestro— en el suicidio ajeno, que reconocen la doctrina y el derecho comparado, a saber:

a) Participación moral en forma de inducción al suicidio; b) participación material en forma de auxilio al suicidio, y c) participio material tan completa y acabada que el partícipe mismo ejecuta la muerte de otro con su consentimiento. Nuestro Código Penal recoge las tres hipótesis de punibilidad del participio suicida en sus artículos 312 y 313. El que prestare auxilio o indujera a otro para que se suicide —dice la ley—, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se la prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años. Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciera alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas. De estas tres formas, la que nos interesa de manera evidente es la tercera, o sea, el participio material en forma de auxilio al suicida ajeno, que equivale tan-

to a prestar ayuda a la persona que ha decidido privarse de la existencia, proporcionándole armas, veneno o dándole cualquier otra forma de cooperación, como suprimiendo medicamentos y auxilios terapéuticos.

Si bien es indudable que las dos primeras formas de colaboración suicida, no constituyen casos de mero participio en un delito de homicidio por ser éste jurídicamente inexistente, no acontece lo propio en la tercera hipótesis. Es cierto que el suicidio es la propia muerte voluntaria; es cierto que el suicidio es, no el homicidio, sino su ángulo complementario, pero obsérvese que cuando el partícipe interviene en forma tan completa y acabada, que él mismo con el consentimiento de la víctima, ejecuta el acto final supresor de la vida, surge la posibilidad jurídica de clasificar el hecho como un caso de homicidio pues materialmente el sujeto actuante con su conducta extraña, ha privado de la vida a otro, que es lo que requiere el elemento material de la infracción conocida como homicidio. Este caso, no es únicamente hipotético, ya que ha dado motivo a sonados y espectaculares procesos judiciales en diversos países, como por ejemplo uno reciente que se tramitó en Florida, en los Estados Unidos de América y otro en Holanda.

Pero, quedan por considerar las acciones y, posiblemente más aún las omisiones, provenientes de un médico en el tratamiento de los enfermos en fase terminal, que sin que tengan la intención de causar o precipitar la muerte del enfermo, sí obedezcan al propósito de atenuar o suprimir sus sufrimientos, evitar una prolongación de la vida que irremediablemente está perdida, o bien, permitir que el enfermo muera con dignidad como ser

humano que es y no sobreviva como un simple objeto dotado de vida vegetativa, incierta y precaria.

En esta situación, creo —y pienso que no sin fundamento— que el derecho al enjuiciar un caso de esta naturaleza, de los tres elementos que he señalado constituyen el delito: voluntad, intención y fin, debe tener en cuenta, preferentemente, el último de los mencionados, el fin, o bien el móvil, el motivo de la conducta médica. En realidad, todo delito, como todo acto, tiene un motivo; por eso el no encontrarle, no autoriza a decir que no existe pues a pesar de existir puede no ser visible. Algunos penalistas afirman que la falta de motivo debe inducir al juez a negar la existencia del delito; y junto a la ausencia de motivo, por cierto, debe colocarse el motivo absolutamente frívolo, pues realmente es un loco el que comete un homicidio, únicamente por el gusto de morir en el paredón, en la horca o en la cámara de gases.

Sin embargo, el motivo, creo yo, no puede ser el único elemento que fundamenta la imputabilidad y aun cuando se le considere como uno de los más notables elementos concomitantes, no debe perderse de vista que debe estar inspirado en la moral más sana y, como han dicho los modernos penalistas, en una bien entendida utilidad social. El que matare a un hombre que oye misa devotamente por enviarle al cielo, el que matare a una huérfana hermosa para sustraerle a su posible deshonor, si no fuera un loco, sería un delincuente peligroso.

Esto, insisto en ello especialmente, no quiere decir que deba abandonarse la apreciación del motivo, debiendo tenerse en cuenta no únicamente porque aumenta o atenúa la responsabilidad del delincuente,

sino también porque influye sobre la opinión que todo ciudadano tiene de su propia seguridad.

El que delinque por un motivo generoso, conmueve menos la conciencia social que el que comete un delito semejante por móviles bajos e inmorales. Por otra parte, no sólo en la teoría se ha hecho aplicación del valor de los motivos; las legislaciones lo toman en cuenta, bien para atenuar o agravar la responsabilidad, bien para restablecer una clase de pena en vez de otra, según el sistema conocido con el nombre de penas paralelas. Nuestro Código Penal, por ejemplo, en su artículo 52, establece que en la aplicación de las sanciones penales se tendrá en cuenta la edad, la educación, la ilustración, las costumbres y la conducta precedente del sujeto, así como los motivos que lo impulsaron o determinaron a delinquir.

De una manera insoslayable, se debe llegar a la conclusión de que en este especial caso, como en muchos otros, el derecho tiene que atenerse al juicio de los técnicos en medicina y, de una manera especial, a los principios morales y, para dar gusto a los positivistas, a la salud social.

El derecho, perdón por lo dogmático de la aseveración, es un sistema racional de normas sociales de conducta, declaradas obligatorias por la autoridad, por considerarlas soluciones justas a los problemas surgidos de la realidad histórica. Es un sistema racional porque es un ordenamiento de diversas normas, construido por la razón; es un sistema de normas de conducta es decir, de reglas que expresan un "deber ser" sociales, porque derivan de los hechos sociales y están dirigidas al bien común de la sociedad y, por último, son declaradas obligatorias por la auto-

ridad, porque derivan de una decisión de la autoridad política, es decir, del Estado y, por último, reciben esta declaración de la autoridad, por considerarlas soluciones justas, porque en mi opinión las dos fuentes reales que determinan el contenido de las normas jurídicas, son la justicia y la realidad histórica en toda su complejidad.

Por otra parte, es evidente que la conducta social del hombre interesa directamente a la moral y al derecho, aun cuando de diversa manera; la primera —la moral— la considera en función de la perfección moral del individuo y el segundo —el derecho—, en cuanto que los actos humanos de alcance social, son la materia que debe ser ordenada, según los fines de la sociedad. Derecho y moral, son dos puntos de vista sobre la conducta humana, lógicamente distintos, pues el primero afecta el acto en cuanto exteriorizado y la segunda el elemento interiorizado del mismo; el primero versa sobre el acto en cuanto pone en relación con los actos de otros sujetos, y la segunda, en cuanto lo refiere a la misma unidad del sujeto; el derecho implica, por su propia naturaleza normativa, la aplicación de sanciones y éstas son, en la moral un añadido extrínseco. Así pues, podemos hablar de la "justicia del jurista" y de la "justicia del moralista". La "justicia del jurista" es ante todo una solución social, mientras que la justicia "del moralista" es primordialmente una virtud moral.

Sírvame esta pequeña digresión para destacar que para poder juzgar la conducta de un médico respecto de la terapéutica que ha llevado al cabo en el tratamiento de los enfermos en trance final, el derecho debe inexorablemente atender a los principios de la moral en general y de la

moral médica en especial. Únicamente sobre esta base que debe servir para calificar los motivos de la conducta del médico, se puede establecer si ha incurrido o no en una infracción punible.

Desde este punto de vista, me tomaré la libertad de formular un juicio fundamental: corresponde en mi opinión, exclusivamente al médico, al técnico en medicina y, por tanto al conocedor de los secretos de la terapéutica, resolver los límites del tratamiento que debe otorgarse al paciente que se encuentra en trance final. Esta grave, definitiva resolución, corresponde, en conciencia al médico, quien no debe, ni puede, rehuir su grave y trascendental misión. Pero tengo para mí que el fondo, los presupuestos de esta decisión, que en esencia pueden afectar la vida misma de un ser humano, debe fundarse primordialmente en causas y motivos de carácter moral. Pero aún más, estos motivos se relacionan con lo que en lo personal, estimo la base y sustento de la conducta de un médico, enfrente de su paciente.

Y como quiera que esta opinión invade de una manera ostensible, el campo de una ciencia, de un arte y de una técnica que ignoro en lo absoluto, me permitiré presentar mis particulares juicios, como si fueran los elementos que en el caso de que fuera juez y tuviera que juzgar la conducta de un médico, tendría en cuenta al decidir un caso concreto relativo a un enfermo en trance final. Es indudable que al dictar esta resolución lo haría respecto de la responsabilidad delictiva o simplemente antisocial del médico respecto de la terapéutica aplicada al paciente en fase terminal.

La medicina —y una vez más pido perdón por pretender incursionar en un cam-

po que debe estar vedado a mi ignorancia—, parece que por el impulso de un devenir histórico fácilmente comprobable, reviste hoy día una mentalidad positivista y materialista, producto del cientificismo evidente que la permea y orienta. Tal parece y me fundo al formular este juicio en la opinión de amigos míos médicos y en mis lecturas, que la actitud de los técnicos en medicina hoy día, en su mayor parte, se puede resumir en un *slogan*: nada de ideas, nada de entelequias, debemos atenernos a los hechos; expresión que tiene como razón profunda el temor de caer en tentaciones de especulación ideológica, o bien en divagaciones abstractas.

¡Hechos!, ¡hechos! La medicina concibe la enfermedad como un mosaico de pequeños hechos yuxtapuestos, enfrente de los cuales el ojo del clínico debe encontrar el orden que debe imponerse. Un síntoma mórbido es un hecho; una temperatura, un análisis de sangre o de orina, una tensión arterial, una biopsia, son otros tantos hechos objetivos e indiscutibles y sobre estas bases sólidas, se construye el diagnóstico, de una manera rigurosa. El positivismo del médico le hace olvidar totalmente el espíritu, la psiquis o bien el alma del enfermo. En alguna parte leí que el gran Virchow postuló como lo hacen la mayor parte de los médicos en nuestro tiempo, que en sus operaciones nunca había encontrado vestigios del alma, sino que el límite de su conocimiento estaba en la punta de su bisturí.

Y señores médicos, que me permitís, ignorante en vuestra profesión, hablar ante ustedes, tengo la convicción que vuestro positivismo, vuestro culto por los hechos, ha sido un factor definitivo de los inmensos progresos alcanzados por la ciencia médica; pero pienso que la filo-

sófia y el humanismo auténticos, exigen superar estos puntos de vista, ya que el positivismo y el materialismo, han llegado a ser un obstáculo y una trampa.

Hace muchos años, cuando estudié el bachillerato, un eminente médico, el doctor Francisco de P. Miranda, mi profesor de psicología, a quien rindo un recuerdo emocionado de gratitud intelectual, me hizo leer un libro aparecido a principios del siglo, rotulado *La tristeza y la alegría*, del cual es autor el célebre médico y psicólogo francés Georges Dumas. En dicho libro, se consignan minuciosas investigaciones para encontrar el secreto de la tristeza y la alegría y la obra, fiel a los principios de su autor, contiene una considerable recolección, precisamente de "hechos" y de acuerdo con el método positivo, se trataba de análisis de sangre y de orina, dosificación del azúcar, de la urea y otros productos orgánicos y el resultado final de estas operaciones —de estos hechos—, es un cuadro impresionante de cifras y estadísticas que, evidentemente, huyen de cualquier estimación psíquica o espiritual. Pero la consecuencia, entonces y ahora, después de leer el libro es decepcionante; tenemos a la vista una realidad fantasmagórica y nada hemos aprendido sobre la naturaleza de la tristeza y la alegría, como estados particulares del ser humano.

En esta situación el considerar al hombre como una realidad orgánica por una parte y, por otra, el estimar que existen enfermedades, bien conocidas en su naturaleza, diagnóstico y terapéutica, bien conocidas científicamente por medio de leyes y principios generales, inmutables y necesarios, sin relación con el enfermo que las sufre, el positivismo lleva a estrellarse ante un muro insalvable.

Y me detengo un momento para hacer notar que esta cuestión me interesa, porque debe intervenir en los presupuestos del juicio del médico que está llamado a resolver sobre el límite de su actuación ante un enfermo en trance final; porque desde luego, el caso de dicho enfermo, presenta una serie de "hechos", de datos respecto de la enfermedad, su gravedad y su terapéutica, sin relación alguna con la personalidad misma del enfermo, su realidad como ser humano, con una vocación social, política y cultural.

Así pues, vuelvo a mi comentario, el esquema positivo que distingue una infraestructura orgánica, única determinante en la vida humana, y una superestructura psíquica, sin importancia real, condicionada y no condicionante, debe ser superada en mi opinión. Yo pienso que es necesario reconocer que la existencia humana se nos presenta como una unidad solidaria de lo orgánico y de lo psíquico, en la cual los dos aspectos, en constante reciprocidad de influencia, son a la vez condicionantes y condicionados.

Se acostumbra hablar de los confines del cuerpo y de los confines del alma —o de la psiquis— imágenes geográficas engañosas que suponen una especie de frontera, entre lo visible y lo invisible, sin pensar que únicamente pueden existir confines entre realidades homogéneas y materiales. El espíritu y el cuerpo, son en realidad dos vías de acceso a la realidad humana que constituye en su totalidad un tercer término, en el cual los otros dos culminan y se unifican. Es, sin duda, mucho más fácil explicar el cuerpo en términos del cuerpo, y el espíritu en términos del espíritu; el dualismo clásico es el resultado de una especie de ilusión óptica nacida de nuestra dificultad de análisis.

La consecuencia de este desconocimiento del hombre auténtico, es como hemos comprobado hasta los neófitos, la existencia de una medicina del cadáver vivo y una psicología del alma sin cuerpo.

Este es el viejo dualismo que persiste y que en mi opinión es necesario liquidar, ya que en el fondo me parece que es la estructura misma de la conducta médica que se encuentra en entredicho, porque este dualismo realiza inconscientemente una especie de vivisección previa del paciente cortado en dos por las exigencias de una ciencia deshumanizada. Y en mi opinión, el fin de la medicina no es aplicar una ciencia exacta, sino restablecer —reponer— al enfermo, es decir, restaurar el orden en su vida y esto a través de un diálogo de persona a persona. No es suficiente creo yo, combatir los síntomas por medio de medicamentos específicos y procedimientos ordinarios y extraordinarios; es necesario, en mi opinión, sustituir la medicina de la enfermedad, por una medicina a la medida del hombre, por una medicina del enfermo.

Es necesario, de una manera imperiosa, instaurar y desenvolver un humanismo ético y médico como correctivo de la información científica y ésto, en los términos que de una manera insuperable, postuló uno de los más distinguidos médicos mexicanos, gala auténtica de la cultura nacional, el doctor Ignacio Chávez, en una memorable conferencia que dijo ante el III Congreso Mundial de Cardiología. En esa ocasión el doctor Chávez sostuvo esta tesis:

"El espíritu humanista imbuido en el científico le impide poner en la ciencia una fe mítica, creyéndola de valor absoluto y le ayuda a comprender, humildemente, la relatividad de ella y a admitir que la ciencia no cubrirá nun-

ca el campo entero de la medicina; que por grandes, por desmesurados que sean sus avances, quedará siempre un campo muy ancho para el empirismo del conocimiento, para la "casta observación" de nuestros antepasados. Si todas las reacciones orgánicas pudieran llegar un día a ser medidas, registradas y aun reproducidas en el laboratorio, quedarían siempre fuera del control riguroso de la física y de la química las reacciones psíquicas del enfermo, sus sufrimientos y su angustia, como también quedará fuera el oscuro factor genético que nos gobierna desde el fondo del tiempo."

Así pues, reitero mi opinión de que corresponde al médico y únicamente al médico, adoptar una resolución derivada de lo profundo de su conciencia, de su insobornable conciencia, auxiliado por sus conocimientos técnicos y por su sentido moral, el resolver los límites del tratamiento que debe darse a un enfermo en fase terminal. Pero el derecho no puede adoptar esta actitud de una manera apriorística; sería necesario, en mi opinión, que la doctrina y la legislación intentaran configurar los requisitos que debe reunir el juicio de la única persona autorizada para resolver esta cuestión; es decir, el juicio del médico, y estos requisitos, necesariamente, deberían ser semejante o parecidos a los que la doctrina ha establecido y a los que me referí con anterioridad, respecto de la eutanasia, feo nombre por cierto para indicar buena muerte.

Para concluir trataré de formular algunas consideraciones a manera de resumen de mis puntos de vista y trataré de exponerlos, por deformación profesional, consignándolos como he dicho, como si fueran parte sustancial de los argumentos que tendría en cuenta, en el supuesto caso de que, como juez, tuviera que resolver un caso concreto y aquí me tomo una vez

más de la mano de un eminente médico, el doctor Ignacio Chávez: la muerte no se nos presenta como un hecho único, instantáneo, que afecta todas las funciones vitales a la vez. Bajo la influencia de medios terapéuticos nuevos, la muerte se extiende en el tiempo, se desmembra, hierre separada y sucesivamente las diversas partes del cuerpo. Un hombre decapitado, al cual se mantuviera artificialmente, como es posible, el funcionamiento del corazón, de los pulmones y del riñón, ¿podríamos decir que es un hombre muerto?

Ahora bien ¿por qué luchan y combaten los médicos, por la vida celular o por una cierta unidad de aglomeración minimal de células que constituyen el individuo? No es verdad la vida en sí, lo que respetan los médicos y creo que en verdad lo que se respeta, y se debe respetar, es algo diferente: es un organismo de esencia distinta de la vida elemental; es una organización psíquica y moral. El nacimiento de una conciencia explícita, el desenvolvimiento de un mundo interior personal, la aparición de un indeterminado que es suficiente en la acción para engendrar lo que llamamos la libertad individual, todo esto es lo que hace, o debe hacer, que exista en el médico la verdadera forma de respeto por la vida. Esta es la vida auténtica, por la que los médicos deben luchar con todas sus fuerzas y capacidades.

Así pues, en el estado actual de los conocimientos médicos, la muerte del hombre parece revestir dos naturalezas diferentes: por una parte la muerte accidental, prematura, patológica; y por otra, la muerte natural, hecho normal que sobreviene a su hora, como la pubertad o la menopausia. El deber del médico se

infiere claramente. La tarea del médico no es por cierto la de mantener la vida a cualquier precio; no es tampoco la de impedir a toda costa la muerte natural. La obligación del médico es únicamente prevenir y evitar que la muerte natural sobrevenga antes de su hora y por tanto, es su obligación, así mismo, no hacer uso, con verdadera morbosidad, de un verdadero encarnizamiento terapéutico.

Y como he sostenido, como una premisa, que el derecho debe en estos casos rendirse ante el técnico en medicina, con esta consulta que en líneas anteriores he hecho al doctor Ignacio Chávez, normo mi criterio y declaro ante ustedes, que

como jurista, al considerar las implicaciones que el derecho puede tener en el caso de excesos en terapéutica ante el paciente en fase terminal, sostengo que el deber del médico es defender que no sobrevenga antes de tiempo la muerte natural; pero de acuerdo con su conciencia, debe juzgar y decidir de los límites de la terapéutica que debe aplicar en los enfermos en trance final, sin obligación —moral o jurídica— de luchar indefinidamente, agobiadoramente, por mantener una vida efímera, precaria e incierta, haciendo uso de un verdadero encarnizamiento terapéutico, al prolongar, inútilmente, una penosa agonía.

A los setenta años de edad, todos ellos consagrados a la Patria, pues en sus mocedades prestó servicios en el Ejército y al de la Humanidad, que en provecho de ésta redundan los escritos ya filosóficos ya didácticos, el galardonado Maestro se retira de la cátedra, no para descansar pues su actividad no conoce límites, sino para dejar aquella a la nueva generación que él ha contribuido a formar; figuran entre sus discípulos el malogrado Achúcarro, Tello, Lafora, Fañanas, Ortega y Sánchez.

Nuestra Academia ha querido honrarse a si misma confiriendo el título de Socio Honorario al maestro D. Santiago, con motivo del jubileo profesional del sabio, de quien sin exageración puede afirmarse que es el cerebro más vigoroso que piensa en nuestra lengua. [GAC. MÉD. MÉX. 2 (4a. serie): 641, 1921-1925.]