

EDITORIAL

ACTITUD DEL MEDICO ANTE LA MUERTE INMINENTE

MANUEL QUIJANO N.

En la civilización moderna, ciertos fenómenos que interesan al individuo y a la sociedad, como el embarazo, el nacimiento, el aborto, la prevención de enfermedades genéticas y otros, han pasado del orden moral al orden técnico. Lo mismo ha ocurrido con el asunto de la muerte y el morir. La explicación puede radicar, al menos parcialmente, en el adelanto en las posibilidades médicas para combatir la muerte; el debilitamiento de la institución de la familia, en la que el viejo es marginado y tanto él como sus allegados consideran que "ya vivió lo que tenía que vivir"; el desarrollo de un sentido de independencia personal, que se exalta desde la niñez y que acaba por confinar a los de edad avanzada en un asilo en donde pasan aislados su última enfermedad y su muerte; la creación de ciertos mitos como que la tecnología, al poder alterar *v.gr.* las anomalías congénitas, gobierna en cierta manera la fatalidad. La muerte se ha convertido así en un asunto de la administración hospitalaria y no en un problema familiar; en el hospital, un enfermo muere de tal o cual padecimiento, rodeado de símbolos de la igualdad de los individuos, pero no de diferencias personales; la familia es en cierta manera una intrusa y los valores humanos del moribundo compiten con los valores de la institución. Irónicamente el enfermo muere en la independencia que tanto buscó, pero solo.

Aunque es verdad que esta otra manifestación de la despersonalización de la atención médica actual, ocurre sobre todo en los sitios de avanzada, donde se realiza una medicina con las mejores cualidades académicas y científicas, también es verdad que hemos sido los médicos los primeros en meditar sobre esa situación, en criticar los defectos inherentes al propio adelanto de la organización de nuestro quehacer, y en llamar la atención sobre los puntos que deben vigilarse para entender mejor el problema y la manera apropiada de ofrecer al enfermo grave y al moribundo el cuidado técnico riguroso e indicado, y el apoyo moral apropiado y oportuno.

Desgraciadamente, el tema ha sido después abordado por especialistas en otras disciplinas, que con carácter sensacionalista han pretendido colocarse en plan de moralistas sin aportar nada nuevo e insistiendo en eso que nosotros mismos hemos llamado "encarnizamiento terapéutico"; han querido así mismo "denunciar" escandalizados otro problema, también sacado a la luz y analizado por los médicos, el de la iatrogenia y después de algunas generalizaciones fáciles, concluyen hablando en forma peyorativa sobre la tecnología y los métodos de nuestra profesión. En un libro reciente que hubiera podido provocar fecundos debates, su autor Ivan Illich se deja arrastrar a decir que la amenaza actual más grande a la salud es el "establish-

ment médico". Volviendo a la actitud del médico frente a la muerte y al morir hay que distinguir esas dos situaciones: cuando ocurre un fallecimiento súbito, la persona que lo sufre no estuvo en el proceso de morir, a diferencia del deprimido que está muriendo sin ser moribundo. Los eventos mecánicos del cuerpo que va cesando de vivir (asunto de competencia técnica), ocultan a veces los eventos del morir (que pertenecen a la esfera moral). El fenómeno físico es del campo del médico; el proceso no-físico, el tránsito, relacionado tan sólo con la persona que fallece, cae en el ámbito del médico, pero también de la familia, de los amigos y del sacerdote. La doctora Kubler-Ross ha estudiado bien el proceso del morir y la actitud que recomienda al médico es inobjetable: entender y apoyar moralmente.

Pero hay otra situación donde el problema es de "salvamento"; ahí no tienen lugar las consideraciones de la autora mencionada; ante el paciente muy grave, en estado crítico, la actitud del médico no puede ser otra que la de luchar por mantener la vida e intentar discriminar cuándo esa lucha es inútil, o cuándo la enfermedad es tan inexorable que surge la pregunta de si el resultado a largo plazo hace válidas las medidas que a corto plazo parecen efectivas. La cuestión pesa totalmente sobre los hombros del médico que debe entonces meditar, sopesar, calibrar los factores humanos del enfermo, de la familia, y de la sociedad; el deseo o el hastío de vivir de una persona, su concepto del "buen morir", su preparación mental, el valor que pueden tener para él un día o unas horas, o la futilidad de la prolongación artificial de la vida.

No se trata de la situación fácil de decidir (el viejo canceroso lleno de metástasis que hace una embolia pulmonar o una trombosis mesentérica), sino de los casos de enfermedad no maligna, que van moviéndose ineluctablemente de una situación clínica potencialmente dominable, y a través de sucesivas complicaciones, al deterioro orgánico gradual o total; se trata de complicaciones no mortales aisladamente pero que van sumándose o multiplicándose y terminan por causar el fallecimiento del enfermo.

El médico debe actuar en todo momento; es decir debe actuar en un momento dado. En un momento dado debe tomar una *decisión*. Debe decidir una cuestión que resume todas las interrogantes teóricas: ¿el enfermo está en su última enfermedad?; ¿ha llegado

al estado terminal?; ¿ha traspuesto el umbral y se está ya en el sostenimiento artificial de la vida?; ¿hay manera de evitar el sufrimiento? Llevando la situación al extremo, ¿le doy media vuelta a la llave del respirador automático?

El médico, hombre de acción, se somete a un juicio crítico y se pregunta constantemente si su acto estuvo indicado, si fue eficaz, si fue oportuno, o suficiente, o excesivo, o tímido, si fue atinado o tórpe, hábil o equivocado. Y en multitud de ocasiones, con o sin culpa, no le basta consolarse con las consideraciones sobre la limitación de su ciencia o la intervención fortuita de factores imprevisibles, o la buena fe, o la buena voluntad...

Pero para reconocer cuándo se traspone "el umbral" mencionado líneas arriba, tiene que valerse de esos medios técnicos, a veces vituperados; no de la ética médica, o la social o la inmanente. Y una vez traspuesto ese umbral, el hombre de acción no se angustia más, aun cuando es el momento en que se inicia la discusión moral o filosófica. La abstención no sólo le está permitida sino que la ve como obligatoria. Pero no por ello considera terminada su labor; sabe siempre que le resta una función muy importante, la de consolar, acompañar y dar comprensión y afecto al ser humano que muere y a sus parientes.

Para el cirujano sobre todo, las situaciones límite, los momentos críticos son su *habitat* natural y se sorprende que esos que lo quieren sermonear, colocados ante un problema de ese tipo, se paralizan, enmudecen y observan sumisos, incrédulos o incomprensivos lo que él ejecuta. Para ellos la conducta (teórica) ante la enfermedad, la muerte o el agonizante, es una derivación, un subproducto de sus reflexiones filosóficas, sociológicas o políticas; para el hombre de acción, esas consideraciones son el subproducto de sus actos: es después de haber actuado cuando pretenderá entender filosóficamente su propia conducta.

Y volviendo a las consideraciones iniciales: si en nuestra sociedad ha habido un cambio hacia el orden técnico en materias que antes eran tan sólo asunto de la conciencia o los sentimientos, y esto no ha facilitado la comprensión de muchos problemas, la solución no es la crítica fácil a la tecnología y la medicina, no es el "retorno al primitivismo". El ideal es la comprensión más genuina de lo moral para restaurar su equilibrio con lo técnico.