

Una década perdida entre el silencio de algunos y la sordera de otros: la legítima decisión de limitar el esfuerzo terapéutico¹

MÓNICA CAPALBO

Médica de Planta, Unidad de Terapia Intensiva,
Hospital General de Agudos "Dr. José M. Penna"
Pedro Chutro 3380
(1437) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Correspondencia:
monicacapalbo@yahoo.com.ar

"Ya varias veces hemos puesto mucho énfasis en afirmar que estas salas nacieron para mantener la vida y no para esperar la muerte..."

Carlos R. Gherardi, *Vida y muerte en terapia intensiva*

Los adelantos logrados a través del desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud y de la Biología, nos pone a los médicos, cada vez con mayor frecuencia, ante la disyuntiva de qué hacer, cómo y hasta dónde.

Si por un lado estas conquistas traen aparejadas nuevas esperanzas sobre la prolongación de la vida, también importan consigo una serie de contradicciones que convendría analizar a la luz del bienestar futuro de la especie humana.

Hans Jonas, uno de los investigadores que, con mayor capacidad y criterio (según mi entender), ha desarrollado este tema, planteó claramente la paradoja existente entre la creación de seres humanos a partir de complejas técnicas de reproducción asistida, y la agresión diaria y constante que provocamos al medio ambiente (a través de la destrucción de la capa de ozono, la devastación de amplias zonas forestales, la contaminación de aguas, entre otras), del cual depende nuestra permanencia en el planeta. Todo esto, a partir del mismo avance tecnológico. Sin contar con la profundización de la brecha ya existente entre ricos y pobres en el acceso a la salud y a las nuevas tecnologías, en nuestro país y en el mundo. Es necesario entonces, como dice Jonas, avanzar desde una ciencia éticamente libre a otra éticamente responsable, de una tecnocracia que domine al hombre a una tecno-

logía al servicio de la humanidad. Lograr, en fin, que de una democracia jurídico-formal pasemos a una democracia real, donde se concilie libertad y justicia.

Para no caer en el peligroso modelo de demonización del avance científico y tecnológico y, al mismo tiempo, evitar su endiosamiento, deberemos volver al principio de responsabilidad de Jonas.² El conocimiento constituye un valor en sí mismo; sin embargo, la decisión sobre cuáles conocimientos deben concentrar nuestros esfuerzos, implica la consideración de otros valores. La ética constituiría así un límite a cualquier intento de manipulación.

De cara a los vertiginosos cambios tecnológicos, existen demandas crecientes por parte del público y una gran ansiedad sobre el futuro de la Medicina y de la asistencia sanitaria. Deberíamos preguntarnos entonces, ¿cuál es el territorio legítimo de la Medicina? ¿Dónde está el legítimo límite de la medicalización? Entendiendo la *medicalización* como la aplicación del conocimiento y la tecnología médica a problemas que históricamente no eran considerados de naturaleza médica.

La medicina ha sido en los últimos tiempos excesivamente ambiciosa, creyendo que, con dinero, tecnología y rigor científico, no habría enfermedades que no pudiera curar o mejorar. Sin embargo, la asistencia médica ha contribuido últimamente bastante

poco al mejoramiento de la salud de la población. La capacidad de la Medicina para mantener *funcionando* cuerpos gravemente enfermos ha ido generando crecientes dilemas morales respecto a la suspensión del tratamiento. El incremento de las enfermedades crónicas invalidantes ha sido la consecuencia directa de la capacidad de la Medicina para mantener con vida a aquellos que, en el pasado, habrían muerto. Se gasta más en enfermedades que afectan a una menor cantidad de personas. Se ha visto resentido con ello la función de cuidar en pos de la de curar, no siempre posible. Si evitar la muerte prematura debiera ser un objetivo de la Medicina, deberíamos pensar, también, que sería un error actuar como si toda muerte fuera prematura.

El progreso y la demanda médica están guiados por la demanda del público, a su vez influenciada por las fuerzas del mercado. El mercado responde (por sus características intrínsecas) a las necesidades, deseos y preferencias individuales y no a las del bien común. La Medicina, entonces, al quedar cautiva de las fuerzas comerciales, trae aparejada mayor desigualdad.

Una transformación de la Medicina requiere una transformación de la sociedad. Replantear los objetivos de la Medicina incluye, entonces, repensar los objetivos y valores de la sociedad. Para ello será necesario mejorar el proceso de comunicación entre ambos, trabajando desde la confianza que deberemos recuperar entre médicos y pacientes. La experiencia humana de la enfermedad subraya la necesidad de reparar, ayudar, cuidar y curar. La Medicina no puede dejar de estar influenciada por los valores y objetivos de la sociedad en la que está inmersa, pero esto no significa que sus propios valores puedan o deban reducirse a aquellos. Para la Medicina no es posible (ahora ni nunca) brindar el *completo bienestar*, ni siquiera en la esfera de lo físico. Deberíamos por tanto dejar en claro que la muerte sólo puede ser pospuesta, no conquistada y que solamente es posible vencer ciertas enfermedades que, a su vez, serán reemplazadas por otras en la vida de cada uno. Sin embargo, aún queda una importante función de la Medicina: acompañar y cuidar.

El verdadero enemigo es la muerte en el momento inoportuno (demasiado temprano en la vida), por causas médicamente evitables o tratables a un costo

razonable o la que llega con dolor y sufrimiento evitables, excesivos o prolongados. Una Medicina prudente y moderada equilibrará su lucha contra la enfermedad intentando no la trascendencia del cuerpo, sino ayudar a las personas a vivir vidas lo más saludables posibles, dentro de los límites de finitud.

Un sistema de salud debería ser algo organizado que comenzara por maximizar la salud de la población y, luego, a medida que los recursos lo posibilitaran, proveyera aquellas formas más caras y elaboradas de Medicina, esas que satisfacen mejor las necesidades individuales. Si bien esto corresponde a una política pública, los médicos no deberíamos ser meros observadores pasivos de esta realidad. Deberíamos tomar decisiones sobre la apropiada asignación de recursos y sobre el lugar relativo de la salud como bien social, reconocer la necesaria interacción (y, a veces, tensión) entre el bien individual y el bien común, efectuando opciones responsables sobre el uso que hacemos del conocimiento médico y de la técnica. “La cesación de las medidas heroicas para conservar la vida no es un acto afirmativo, sino una omisión o retiro de mayor tratamiento. No existe deber ni obligación por tanto, de continuarlas una vez que, en opinión del personal médico calificado, se ha demostrado la ineficacia o inutilidad de su continuación para dominar la enfermedad. Sostener lo contrario anularía la capacidad profesional para hacer juicios morales y humanos y la volvería cautiva de la tecnología. Actuaría como un *desincentivo* para comenzar un tratamiento que podría ser eficaz, pero que tal vez dejaría al médico *atrapado*”.³ Los médicos, juntos, deberíamos tratar de comprender esto para evitar, de este modo, provocar la *deshumanización progresiva* que muchas veces produce el simple hecho de sobrevivir.

Bibliografía

1. En 1999, el Comité de Bioética de la SATI dio a conocer sus recomendaciones para la abstención o el retiro del soporte vital, haciendo especial referencia en su punto 8 a las circunstancias en que tal conducta debe ser considerada. *Medicina Intensiva* 1999; 16(2): 53-56.
2. Jonas H. Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad, Barcelona: Paidós; 1985.
3. Cecchetto S. Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana, Buenos Aires: Ed. Ad Hoc; 1999.