

EL MÉDICO Y LA MUERTE

Quisiera comenzar con un bello poema de Mario Benedetti

Cuando éramos niños
los viejos tenían como treinta
un charco era un océano
la muerte lisa y llana no existía

luego cuando muchachos
los viejos eran gente de cuarenta
un estanque era un océano
la muerte a lo más
una palabra

ya cuando nos casamos
los ancianos estaban en cincuenta
un lago era un océano
la muerte era la muerte
de los otros

ahora veteranos
ya le dimos alcance a la verdad
el océano es el océano
pero la muerte empieza a ser
la nuestra.

Nos encontramos viviendo en una sociedad que, siendo mortal, rechaza la muerte. La muerte es un personaje incómodo al que se desea olvidar, incluso en el hospital. El deseo de olvidar puede tener más éxito para quien no trabaja junto al enfermo, en continuo contacto con la muerte y con su miedo. En cambio, quien trabaja en el hospital se siente en una situación profundamente conflictiva; como es miembro de la sociedad, está de acuerdo y participa en el rechazo de la muerte, en cambio, como agente sanitario, esa misma sociedad le encarga que luche contra la muerte, tiene plena responsabilidad sobre ella. Se trata de un conflicto difícil de mantener, especialmente cuando la muerte se adueña prepotentemente de la escena provocando profundas angustias en el equipo sanitario y conductas de esquivamiento, de huida, sensación de fracaso, y esto suele ser sustituido a veces por una puesta en marcha de un activismo de tipo técnico, cuya evidente finalidad consiste en “salvar” al enfermo, pero cuya motivación más profunda suele ser el apaciguamiento de la ansiedad, del malestar y de los sentimientos de impotencia de quien asiste al enfermo. Se trata de mecanismos defensivos de negación del equipo de salud, que no está preparado para aceptar la “pérdida”, es decir, la derrota de quién más o menos conscientemente se considera a sí mismo y es considerado por el enfermo y por sus familiares como un “sanador omnipotente”. Por una parte, porque en la Universidad se nos ha enseñado a salvar vidas. Así, aunque sea inconscientemente, la muerte de nuestro enfermo la vamos a interpretar como un fracaso profesional, no estamos preparados para ayudar a los

enfermos en el final de sus vidas, cuando lo primero que nos deberían haber enseñado es: “Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Y si no puedes aliviar, consuela. Pero no solamente los profesionales interpretan la muerte como un fracaso. La sociedad, en general, también percibe la muerte como un evidente fracaso de la ciencia. Es la constatación dolorosa y continua de la derrota del progreso científico. La medicina siempre tendrá sus límites, defraudando a los propios médicos.

Viendo morir a un hombre, ha dicho un médico, es a nosotros mismos, en realidad, a quien vemos morir. Y nos embarcamos en la futilidad de medicalizar la muerte en una hiperactividad terapéutica, tan valiente como inútil.

La futilidad, que es? Lo fútil sería aquello con lo que no puede cumplirse el objetivo de una acción. Y acá tenemos que distinguir entre objetivos fisiológicos, que corresponden al área médica, y los objetivos sociales que corresponden a la decisión del paciente y la familia.

Los objetivos fisiológicos, son del organismo no del órgano y desde el punto de vista cualitativo, es cuando mediante lo que yo estoy haciendo, lo único que logro es una dependencia absoluta de los medios de soporte. Y hablando de ética, esto está vulnerando un principio básico, que es el principio de justicia en la distribución de recursos. Y por otra parte, se establece la futilidad también en términos morales, relacionado con prolongar una agonía, vulnerando otro principio básico de la bioética, que es el principio de la no-maleficencia.

De acuerdo a los objetivos sociales es decir, la calidad de vida la cual debe ser definida por el propio paciente o sus familiares en el caso que el paciente no pueda ejercer su autonomía, y no por el médico. Para ejercer su autonomía debe tener información y que esta información sea relevante, o sea no debe haber una conspiración del silencio pero tampoco un encarnizamiento informático. Entonces, ¿cómo podemos cooperar con esa muerte digna, una vez asumida esa muerte? .Tendría que tener tres condiciones. Una es sin dolor. No hay dignidad en el sufrimiento. La segunda, con capacidad de recibir y transmitir afecto y tercera, con lucidez; contando con el efecto sanador de nuestra presencia y nuestra palabra de esperanza.

Dra. Elena del Pilar Acosta

Comité de Bioética-HDF.