

(Zenit, 28 de febrero de 2008)

Un «sobre-énfasis» en el «principio de autonomía del paciente» en la toma de decisiones de su terapia conduce a formas de abandono del enfermo y a carencias en la responsabilidad del médico. Es una de las alertas que ha lanzado la doctora Paulina Taboada, médico internista especializada en medicina paliativa, en el Congreso Internacional de la Pontificia Academia para la Vida (PAV) --Ciudad del Vaticano, 25 y 26 de febrero-- sobre el tema: «Junto al enfermo incurable y al moribundo: orientaciones éticas y operativas».

Al programa de intervenciones de carácter científico, antropológico, ético y deontológico, la también profesora de la Pontificia Universidad Católica de Chile y directora del Centro de Bioética de la misma universidad --doctora en Filosofía y miembro de la PAV-- aportó una amplia reflexión sobre «Medios ordinarios y extraordinarios de conservación de la vida: la enseñanza de la tradición moral».

Y despejó el equívoco médico que equipara «la distinción ordinario/extraordinario» con «usual/inusual» en las terapias.

«La distinción entre medios "ordinarios" y "extraordinarios" no se refiere primariamente al tipo de medio en general --dice en su intervención--, sino más bien al carácter moral que la utilización de ese medio tiene para una persona en particular».

Dilema ético

«Como médico dedicada a la bioética, la pregunta más frecuente que me hacen colegas y profesores se refiere a los criterios para decidir la limitación o no de terapias en pacientes», reconoce a Zenit la doctora Taboada, a propósito de su ponencia.

Es uno de los interrogantes también «más difíciles de responder», «para nosotros, como médicos --añade--, y con mayor razón para los pacientes mismos y las familias, quienes además confían en buena medida en el juicio médico».

«Frente a este dilema ético la tradición moral de la Iglesia católica ha propuesto la distinción clásica entre medios ordinarios y extraordinarios», «ampliamente conocida en el mundo médico y que se aplica para las decisiones de limitar esfuerzos terapéuticos», pero «lamentablemente en el mundo médico no siempre es bien comprendida esta enseñanza», observa.

Y es que «la mentalidad médica está formada por un pensamiento científico-técnico al que le gustan las respuestas concretas y rápidas» --aclara--, pero «para poder responder hasta dónde llegar con terapias médicas hay que hacer un juicio ético, un juicio de prudencia, que es complejo, que necesita calma y tomar en cuenta muchos elementos».

Entre estos, la doctora Taboada cita «la utilidad médica del tratamiento --qué evidencia científica hay de que ese tratamiento puede ayudar a ese paciente en concreto», «las complicaciones de estos tratamientos --porque todos tienen asociado algún efecto adverso»,

o incluso «si ese tratamiento está disponible en el lugar de que se trate, una cuestión compleja en países pobres, porque en las capitales puede existir y en los pueblos más alejados no», imposibilitándose su aplicación a un paciente.

De la autonomía al abandono

El juicio --extremadamente «delicado», insiste la especialista-- sobre la obligatoriedad moral de un tratamiento sitúa igualmente ante decisiones «que tienen que tomarse en el contexto individual del paciente».

El proceso de discernimiento es clave porque, como subraya la doctora Taboada en sus declaraciones a Zenit, «en la ética médica contemporánea existe una tendencia a dar un sobre-énfasis al principio de autonomía del paciente», corriente de gran influencia en el contexto anglosajón que postula «la capacidad de decidir del paciente y su total responsabilidad: lo que él decida es, en definitiva, lo que debe hacerse».

«Respetando profundamente la libertad y la autonomía de las personas, personalmente no estoy de acuerdo con este enfoque, porque pienso que los profesionales de la salud tenemos una responsabilidad enorme para ayudar a los pacientes a tomar decisiones correctas en relación a la propia salud y a la vida», advierte.

«Ciertamente la responsabilidad última hacia la salud y la vida propia la tiene uno mismo --puntualiza--, pero para poder tomar una decisión responsable en cuanto a los tratamientos médicos se necesita información, y ésta habitualmente viene del personal médico»; por lo tanto, «para que el paciente pueda ejercer bien esta responsabilidad necesita que el equipo sanitario le brinde una información comprensible, completa, adecuada a su situación y que de alguna forma también incluya un juicio moral».

Frente a este sobre-énfasis de autonomía, la doctora Taboada propone un modelo de relación médico-paciente «más participativo», que incluya «un proceso de diálogo para llegar a una decisión común de la terapia adecuada en el caso particular».

«Me parece que dejar al paciente solo en la toma de decisiones, entregándole únicamente información --por ejemplo estadísticas--, y luego esperar a que opte por lo que quiera, es una forma de abandono del paciente, y una forma de individualismo», subraya, consciente de que la responsabilidad del profesional sanitario es más amplia, incluye la solidaridad y la ayuda a una toma correcta de decisiones en un proceso común.

Escucha y silencio

Interrogantes poco fáciles llegan, asimismo, en la fase terminal. «Para acompañar a la persona en el final de su vida es sumamente importante tomar en serio el tema del sufrimiento», explica la especialista.

En general, «cuando uno sufre se ven afectadas todas las dimensiones y se experimenta una cierta soledad; hay algo incomunicable»; pero «cuando una persona se aproxima al final

de su vida esto se multiplica, porque a los sufrimientos físicos --dolor, debilidad, náuseas, pérdida de la imagen corporal...-- se suma el dolor espiritual de aproximarse al fin de la vida y no saber qué viene después, como será este fin, si habrá dolor, si se estará acompañado o solo», apunta.

De ahí también la importancia de «aprender a escuchar» --dice--, que «supone también captar los signos corporales, no sólo las palabras», porque «en numerosas ocasiones los pacientes expresan mucho de lo que están viviendo a través de gestos, desde la postura en la cama a los ademanes de las manos, de la cara».

«Hay que estar atento a esto para lograr aproximarse un poco a ese sufrimiento y poder ser un apoyo eficiente, compasivo, en ese momento» --invita--; «ante un paciente moribundo tenemos que aprender a serenarnos, a estar "con", en paz, y acompañar solidariamente, con los oídos abiertos y capacidad de entrega».

La doctora Taboada comparte su experiencia médica en su conversación con Zenit: «En mi experiencia, cuando las personas dicen "ya no aguanto más", "no quiero seguir sufriendo", muchas veces están necesitando un apoyo humano, alguien que les acompañe, y también un apoyo que les dé una luz de sentido a lo que están viviendo».

«Quizá lo más terrible cuando uno está sufriendo es la pregunta por el sentido: de lo que están viviendo, todo ese dolor, esa angustia, dejar a los seres queridos...--expresa--. Esa pregunta que angustia a las personas carece de respuesta fácil», e intentar darla no hace más que incrementar el sufrimiento, «porque estas personas se sienten incomprendidas.

Vuelve la importancia de tomar en serio la cuestión del sufrimiento, «reflexionarla en lo personal y poder aportar alguna luz de esperanza ante esa pregunta; no digo una respuesta definitiva --recalca la especialista--, porque darla al tema del sufrimiento es muy difícil».

«Me ayuda algo que he aplicado con pacientes y conmigo misma --admite--, una frase de Juan Pablo II: muchas veces, con el sufrimiento, lo que cabe es guardar un respetuoso silencio y, ante el misterio, permitir a Dios que tenga sus secretos».

«O sea, respetuoso silencio ante el misterio y aceptar que no lo vamos a entender todo», concluye.

Por Marta Lago