

ASPECTOS BIOETICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

LA ETICA SANITARIA: HISTORIA, CONCEPTO Y OBJETIVOS

La Ética es la parte de la Filosofía que estudia la bondad o la malicia intrínseca de los actos y de las conductas humanas.

La Ética debe apoyarse en la racionalidad y en el terreno filosófico, y no en la religión, el derecho o los códigos deontológicos. Lo ético puede no ser legal (por ejemplo, la eutanasia puede ser considerada una actuación éticamente correcta por algunas personas ante determinadas situaciones, pero es ilegal en casi todos los países) y lo legal puede no ser ético (por ejemplo, la pena de muerte es una acción contraria a la ética para amplios sectores sociales y sin embargo está legalmente constituida en varios países). La deontología y la ley no deben ser un instrumento adecuado para definir lo conveniente o lo correcto ante un caso concreto, no se debe “judicializar” todas las actuaciones que realicen las personas a no ser que se quiera conseguir una forma de totalitarismo, aunque sí será necesario legislar unos mínimos éticos aceptados por todos y exigibles a todos por igual. Ninguna ideología ni ninguna creencia religiosa deben imperar en una sociedad plural y secularizada, donde deben tener cabida todas las corrientes ideológicas, con la condición de que respeten la dignidad de las personas y los derechos humanos.

La Medicina, como es fácil de suponer, desde los tiempos más remotos, prácticamente desde su inicio, ha estado muy relacionada con la ética, ya que su objetivo, por encima de cualquier otro, siempre ha sido conseguir el bien del ser humano enfermo.

El término “bioética” procede del griego: “bios” (vida) y “ethos” (conducta, comportamiento, costumbre). El objetivo principal de la bioética es por tanto el estudio de la relación que existe entre la vida y los principios o pautas de la conducta humana, por lo que no sólo está relacionada con la medicina, sino que abarca un campo de acción mucho más amplio; así, por ejemplo, la bioética también se ocupa de todo tipo de investigación biológica, de los problemas medioambientales (ecología), del control demográfico, de la justicia social, etcétera.

El Juramento Hipocrático, que data del siglo V a.c., es el documento que se preocupa de los problemas éticos que suscita el ejercicio de la Medicina más antiguo que se conoce en nuestra cultura. Se ocupa fundamentalmente de la relación médico-enfermo y se basa en el respeto absoluto a la vida, en evitar hacer daño, en beneficiar siempre y en la confidencialidad y el respeto hacia el paciente; como crítica, hay que decir que adopta una actitud demasiado paternalista, que está presente incluso hoy en día en muchos sectores de la sociedad sanitaria.

La ética hipocrática ha dominado en la cultura occidental durante toda la historia de la Medicina hasta bien entrado el siglo XX.

En el siglo XIX surgen las primeras Asociaciones o Colegios de Médicos, en cuyo seno se subraya el interés por los aspectos éticos de la Medicina y se desarrollan los primeros “Códigos Deontológicos” que se siguen inspirando en la ética hipocrática.

La II Guerra Mundial constituye un punto crítico en la historia de la bioética, debido a los abusos cometidos en la Alemania nazi con seres humanos bajo el pretexto de la investigación médica. En el Juicio de Núremberg, celebrado al finalizar la guerra, se juzga y se condena a 23 médicos alemanes acusados de cometer atrocidades investigando con seres humanos. Tras este hecho, en el año 1948, se promulgó el "Código de Núremberg", inspirado en la sentencia del tribunal, y la "Declaración de Ginebra" de la Primera Asamblea de la Asociación Médica Mundial con la finalidad de evitar abusos con seres humanos amparándose en la experimentación. Nace entonces la necesidad de obtener el consentimiento informado y voluntario de los participantes en protocolos de investigación. Se empieza a dar preponderancia a la "autonomía" del paciente, relegando al paternalismo a un segundo plano.

A partir de este momento Estados Unidos se convierte en centro de referencia obligado de la Bioética a escala mundial. Se desarrollan centros gubernamentales y privados dedicados a su estudio y adquiere un gran auge la creación de "Comités de Bioética" en el ámbito hospitalario y prácticamente todas las facultades de Medicina tienen departamentos de Bioética destinados a la formación de sus alumnos.

Es precisamente en Estados Unidos, en el año 1973, donde se aprueba un documento que pronto será imitado por otros países, que tiene la finalidad de diseñar un marco de relación entre los profesionales de la salud y los enfermos; este documento se caracteriza también por dejar de lado la actitud paternalista y abordar el tema de la autonomía. Este documento es la llamada "Carta de los Derechos de los Enfermos".

En definitiva, la bioética dominante en el mundo occidental a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, ha dejado de lado al paternalismo y ha ido aceptando la autonomía del enfermo como principio fundamental.

La palabra "bioética" es un neologismo moderno que aparece por primera vez en el año 1971, en el libro del oncólogo norteamericano Van Potter titulado "Bioethics: a Bridge to the Future" ("Bioética: un puente al futuro"); este autor la define como "la disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos". Según la obra coordinada por Warren Reich, "Encyclopedia of Bioethics", la bioética se define como "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto se examina esta conducta a la luz de los valores y principios morales".

Las razones fundamentales que explicarían el gran auge que la bioética ha adquirido en los últimos años son las siguientes:

- Razones estrictamente científicas:
 - ✓ Grandes avances tecnológicos que tienen la capacidad de proporcionar un soporte vital adecuado en situaciones que antes eran incompatibles con la vida. Se relaciona con el gran impacto que en la actualidad tienen las Unidades de Cuidados Intensivos en la sanidad contemporánea. El riesgo que suponen estos avances es la posible aplicación de medidas compatibles con la "obstinación terapéutica".
 - ✓ Conocimiento de la información genética, con el reciente desarrollo del denominado "Proyecto Genoma Humano" y, lo que es más importante desde el punto de vista de la bioética, la posibilidad de que esta

información pueda ser de dominio público (gobierno, empresarios, compañías de seguros) y generar discriminación o pueda ser modificada mediante la "manipulación genética" con el consiguiente riesgo de eugenesia.

- ✓ Posibilidad de "crear vida" mediante técnicas de fecundación artificial. Se trata de técnicas no suficientemente perfeccionadas que dan como consecuencia negativa la creación de "embriones sobrantes".
- ✓ Aparición de una nueva enfermedad con gran dimensión bioética: la epidemia del SIDA.
- Razones de tipo social:
 - ✓ El paso de una actitud paternalista, aún defendida por muchos profesionales sanitarios, a una actitud de autonomía, en donde el enfermo debe decidir lo que debe hacerse.
 - ✓ La socialización de la Medicina: las necesidades sanitarias son cubiertas por programas gubernamentales, al menos en nuestro medio, en donde la distribución equitativa de los recursos es fundamental.
 - ✓ La secularización de la sociedad que cada vez es más pluralista: Conviven personas con diferentes puntos de vista de tipo religioso, social y político, merecedoras de igual consideración y respeto.
- Razones de tipo ambiental: El descubrimiento y la utilización de nuevas formas de energía contaminantes (como puede ser la energía nuclear) y la utilización de materiales no biodegradables y también contaminantes que resultan nocivos para el ecosistema y por tanto para el ser humano de nuestra generación y, sobre todo, de generaciones futuras.

Una reflexión ética bien formulada y desarrollada hará que se puedan evitar los peores resultados imaginables por el mal uso de las nuevas tecnologías disponibles, sobre todo en lo que respecta al conocimiento y posible manipulación del genoma humano y a las técnicas de fecundación artificial y clonación. La bioética deberá dirigir a la ciencia: no todo lo que la ciencia pueda conseguir debe hacerse.

En lo que respecta a la Medicina asistencial, el objetivo de la Bioética será la búsqueda de soluciones concretas a casos clínicos concretos siempre que se originen conflictos entre valores, lo cual ocurre con más frecuencia de la que se cree, prácticamente siempre que se toma una decisión con el enfermo. La bioética entrará en acción cuando aparezca la posibilidad de elegir entre dos o más opciones, que a veces podrán ser completamente contradictorias. El dilema consiste en buscar la forma más adecuada para tomar las decisiones correctas, es decir, cómo elegir entre lo correcto y lo incorrecto, cómo diferenciar lo que es bueno de lo que es malo o incluso cómo escoger la mejor opción entre varias opciones correctas. Cuando entran en juego los problemas esenciales de la vida y la muerte, como ocurre en la medicina paliativa, la responsabilidad aumenta y esta búsqueda se hace más complicada.

Para encontrar la solución al conflicto que se plantea se debe actuar con libertad, pero no de forma empírica o intuitiva, sino con prudencia, procurando utilizar un método adecuado y, a ser posible, en un abordaje interdisciplinario, ya que todas las ramas del saber que tienen por objeto al ser humano tienen elementos que aportar en la búsqueda de soluciones, de ahí deriva la

importancia de la constitución de "comités de bioética" en los centros hospitalarios, una de cuyas misiones será la de orientar y ayudar a los profesionales sanitarios en la solución de estos problemas.

La ética médica, a lo largo de toda su historia, siempre consideró que el personal sanitario sólo estaba obligado a conseguir el máximo beneficio del enfermo y que no tenía sentido preocuparse por otros motivos. En las últimas décadas, el juicio moral de un acto médico ha variado; entre sus objetivos, además de conseguir el máximo beneficio del enfermo, se debe tener en cuenta otras dimensiones o aspectos como las preferencias del paciente, la calidad de vida subjetiva, los factores socioeconómicos y el bien de la sociedad en su conjunto.

LA MUERTE EN LA CULTURA OCCIDENTAL ACTUAL: LA MUERTE SOCIAL Y LA MUERTE BIOLÓGICA. LA NEGACION DE LA MUERTE

La muerte, además de ser un hecho biológico que se caracteriza por el cese irreversible de todas las funciones vitales, tiene una dimensión social y cultural que varía según el momento histórico y según las costumbres, creencias y códigos de la sociedad donde acontece.

En la sociedad occidental contemporánea hay una tendencia a aislar el fenómeno de la muerte y de todo lo que la rodea, produciéndose la "muerte social" del individuo antes de que se produzca la "muerte biológica".

La característica que define a la llamada "muerte social" es el aislamiento y la soledad con la que se encuentra el individuo cuando es diagnosticado de una enfermedad cuya evolución le va a conducir de forma inevitable a la muerte. Cuanto más evolucionada está la enfermedad, a medida que se va acercando a la muerte, suele ser mayor el aislamiento y la soledad del enfermo.

La causa de este fenómeno es la negación que hace la sociedad actual, entre la que también se incluye al personal sanitario, de la muerte, de modo que reprime toda manifestación respecto a la misma. Se considera que la salud debe vencer siempre a la enfermedad y, por tanto, la vida siempre debe triunfar sobre la muerte. Sin creernos inmortales, lo habitual es vivir como si la muerte de cada uno de nosotros no fuese a ocurrir nunca, como si siempre se muriesen los demás, sin pensar que cada uno de nosotros forma parte de "los demás".

Las religiones mayoritarias, con sus promesas de vida eterna o de reencarnación después de la muerte, podrían considerarse también como manifestaciones muy arraigadas en la cultura universal de esta negación.

La sociedad actual considera a la muerte como algo extraño, como un imprevisto con el que no se cuenta. Existe la falsa creencia de que, con los avances de la tecnología casi ilimitados, la muerte es un fallo y por tanto, un fracaso de los médicos. Es una situación que se oculta, si exceptuamos la muerte violenta, tan frecuente en los medios de comunicación, quizá porque consideremos poco probable que nos suceda, aunque esto no sea del todo cierto. A la muerte no se le llama por su nombre: en vez de decir "se ha muerto" se dice "descansa en paz", "ha pasado a mejor vida", etcétera. Se

reprimen las manifestaciones del duelo a pesar de ser positivas al permitir expresar los sentimientos. Los padres no hablan de la muerte con sus hijos, ni los maestros con sus alumnos y, lo que es peor, ni los médicos con sus pacientes.

En las Facultades de Medicina, salvo posibles excepciones, no se habla de los problemas que se va a encontrar el futuro médico cuando se enfrente con la muerte, situación que, sin lugar a dudas, no le será ajena en su trabajo. Los estudiantes de Medicina se pasan años aprendiendo a diagnosticar, pero apenas dedican cinco minutos a aprender la mejor manera de comunicar el diagnóstico, se les enseña a "curar enfermedades" y no a "cuidar enfermos". Según una encuesta publicada por M. Gómez Sancho, sobre 6.783 médicos de Atención Primaria, el 93'63% de los mismos reconocía no haber recibido formación adecuada para atender correctamente a enfermos en situación terminal.

Ante esta falta de formación, que también se da en el postgrado, el médico que se enfrenta con el moribundo tiene tres vías de escape: bien huye del enfermo, se desentiende de él, con lo que aumenta su sensación de soledad y abandono, bien realiza la "obstinación terapéutica" en un intento irracional de vencer a la muerte, consiguiendo una prolongación de la agonía, o bien realiza acciones, siempre con buena intención y con la finalidad de evitar el sufrimiento del enfermo, que podrían ser compatibles con la eutanasia.

En definitiva, la tendencia de la sociedad actual es "esconder" y "medicalizar" la muerte.

En líneas generales, a pesar de que la mayoría de las personas mueren tras un periodo de tiempo más o menos largo de deterioro progresivo, la sociedad actual prefiere una muerte súbita, rápida, discreta, sin despedidas, limpia, sin problemas, antes que una muerte lenta y con la posibilidad de despedirse, cosa que hasta bien entrado el siglo XX no ocurría. Es frecuente, sobre todo en áreas urbanas, que ésta se produzca (se esconda) fuera de la sociedad, en el medio hospitalario, modelo "curativo" por excelencia en el que el enfermo en situación terminal y la muerte no tienen cabida y donde es elevado el riesgo de sufrir prácticas compatibles con la obstinación terapéutica. Actualmente un gran número de personas fallece en los hospitales, en donde la familia y los amigos son sustituidos por la ciencia y la tecnología, donde el ambiente es más frío, donde no hay calor en la relación humana, donde al enfermo se le oculta su destino, pierde su intimidad y su autonomía para tomar las decisiones que puedan afectar a su cuidado, donde no existe la comunicación, se habla con frecuencia "de" él, pero casi nunca "con" él, pasa a ser un "objeto" con determinada patología que hay que curar a toda costa y, al final, muere solo y sin saberlo.

Al respecto, resulta interesante un estudio realizado en Estados Unidos, denominado SUPPORT en donde se objetivó muchos de estos problemas. En el estudio se revisaron las historias clínicas de pacientes con un pronóstico de vida inferior a seis meses ingresados en hospitales convencionales. Se observó un uso inadecuado de los recursos disponibles, con el consiguiente incremento del gasto sanitario, y, lo que es peor, un sufrimiento importante no aliviado del paciente y sus familiares.