



Brechas del humanismo en la atención médica perinatal

Irma Alejandra Coronado-Zarco*

* Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

*Guerir parfois, soulager souvent, consoler toujours
(Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre)*

Bérard y Glüber

La práctica médica de muchas formas se desarrolla como un ejercicio de poder: poder salvar, poder curar, poder demostrar, poder evitar la muerte, poder decidir. A través de complejos y diversos procesos, la medicina parece perder con facilidad su objetivo final, que es esencialmente humanitario. Lograr que la aplicación del conocimiento científico y tecnológico beneficie al paciente surge de una mediación del raciocinio y consideración de la dignidad humana.

Como un elemento básico para la inserción de los individuos dentro de la sociedad, se espera que nuestras tomas de decisiones, actos y conducta en general sean correctas, adecuadas o buenas. Nuestro actuar diario se mueve entre el campo de lo moral y de lo ético. En la literatura filosófica hay planteamientos que manejan ambos términos de manera equivalente; sin embargo, a mí me parece que resulta conveniente una distinción para los fines de este texto. Lo moral es aquel grupo de códigos o patrones de conducta establecidos a través de tradiciones, emanadas de las experiencias de la sociedad o la familia. Lo moral es aprendido y por tanto de alguna manera impuesto. La ética, por su parte, lleva consigo de manera fundamental un proceso de reflexión involucrado en nuestra toma de decisiones. Es un ejercicio de libertad en el que nosotros mismos, en base a un análisis de las circunstancias, tomamos las decisiones más correctas o buenas. La práctica médica no queda exenta de este proceso de toma de decisiones y, por su naturaleza, en este grupo de profesionistas se vuelve

aún más relevante la forma en que determina sus acciones. Aristóteles describe la virtud ética como *hexis* "disposición" o tendencia, inducida por nuestros hábitos, para generar los sentimientos apropiados.¹ Según Platón, Sócrates establecía que los médicos requerían dos condiciones para ser buenos: aptitud o *tekné* (conocimiento y destrezas para curar), así como actitud o *medeos* (cuidado a la persona enferma).² Por su parte, Galeno escribió: *Si quis Optimus Medicus est, Eundum esses Philosophous* (el mejor médico también es un filósofo).³ Los cambios sociales y políticos, la forma en que se ha dado el desarrollo científico y tecnológico, así como el de las instituciones de salud, han favorecido una sensación de omnipotencia en el médico.

Uno de los ejemplos más claros de las implicaciones de la tecnología y la ciencia ha sido la forma en que han favorecido el desplazamiento de la frontera de la viabilidad del neonato y con ello generado importantes dilemas éticos. La sobrevida de prematuros extremos o niños con malformaciones congénitas que en otro tiempo habrían fallecido cerca del nacimiento, hoy son motivo de un debate público, ya que muchos de ellos sobreviven con mala calidad de vida. La población neonatal es característicamente vulnerable ya que tiene limitaciones para el ejercicio de su autonomía, fragilidad biológica, y gran susceptibilidad de repercusiones a corto y largo plazo derivadas de cada una de nuestras acciones. Adicionalmente, se debe mencionar que la atención intensiva neonatal

se ha constituido como la más costosa de cualquier sistema de salud.⁴

Tradicionalmente, las instituciones se han regido por la práctica del paternalismo, en la que el protagonista principal en la toma de decisiones, ha sido el médico.⁵ Sin embargo, la consolidación de los derechos humanos, la renovación de la filosofía y su inserción en la medicina a través de la bioética, han comenzado a rescatar principios inherentes a la dignidad humana, como la autonomía del paciente, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia.

Es momento de que las instituciones de salud y su personal participen en la transición hacia lo que siempre debió ser: el paciente es el protagonista fundamental en la toma de decisiones que se generen a partir de su propio cuerpo e individualidad.

Es fundamental que la atención médica perinatal siempre contemple la calidad de vida y los límites del actuar médico, que la perspectiva del médico y su toma de decisiones sólo sean correctos si se considera la participación del paciente y/o sus familiares. El ejercicio médico no está obligado a comprometerse con resultados, pero siempre lo estará con los medios para auxiliar al paciente que lo necesite. Está claro que curar no será siempre lo que se espere o necesite de nosotros. Paliar, aliviar el sufrimiento es mucho más relevante que curar.

Cada vez que consideramos un procedimiento debemos individualizar a través de la reflexión si dicho procedimiento es claramente de beneficio y no daña a la persona. No es factible ni desde el punto de vista legal ni ético que las decisiones en los procesos terminales de vida excluyan al paciente y sus familiares, especialmente en el caso de niños pequeños. No poder curar no significa que no debamos hacer nada; aliviar el sufrimiento debe ser un proceso claramente activo, basado en las mejores prácticas científicas y tecnológicas, brindando lo mejor de nosotros mismos.

El cuidado paliativo surge como una alternativa para poner en práctica esta obligación del médico. Es considerado como una filosofía y sistema de atención integral al paciente moribundo o en riesgo de morir. Su objetivo es prevenir y aliviar el sufrimiento, así como dar apoyo para brindar la mejor calidad de vida posible a los pacientes y sus familiares, independientemente del estado de su enfermedad. La Organización Mundial de la Salud define el cuidado paliativo infantil de la siguiente manera:

El cuidado paliativo para el niño es el cuidado activo total del cuerpo, mente y espíritu, así como el apoyo a la familia. Comienza cuando la enfermedad es diagnosticada y continúa a pesar de que el niño reciba o no tratamiento dirigido a la enfermedad. Los trabajadores de la salud deben evaluar y aliviar el estrés físico, psicológico y social del niño. Un cuidado paliativo efectivo requiere de un abordaje multidisciplinario amplio que incluye la familia y que utiliza los recursos disponibles en la comunidad.⁶

El 5 de enero de 2009 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la reforma a la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos.⁷ Dicha reforma establece los lineamientos jurídicos para permitir el inicio del cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, así como la limitación del personal de salud para implementar medios extraordinarios cuando el enfermo no ha dado su consentimiento. Rescata el derecho del paciente a suspender voluntariamente el tratamiento curativo. No obstante este avance legislativo, aún existen vacíos legales que deberán ser contemplados para nuestro actuar ético y moral.

El paciente con enfermedad incurable tiene derecho a recursos médicos idóneos basados en sus necesidades individuales. Garantizar dicho derecho es obligación de la sociedad, las instituciones y los profesionales de la salud.

No puedo evitar utilizar una descripción de Umberto Eco del fascismo para demostrar el alcance que puede tener el ejercicio de poder sin la intervención de la reflexión en nuestros actos médicos. El fascismo es un régimen totalitario que interviene en todos los aspectos del país en que gobierna. Los poderes se concentran en manos de unos cuantos. Para Eco es un ejercicio del poder sin filosofía propia. Es irracional, ya que pensar es visto como una forma de castración. Se habla de un culto a la acción por la acción y se rechaza cualquier postura crítica del sistema. En cierto modo, plantea que actuar de manera automática es una forma efectiva de lograr objetivos. Si reflexionamos sobre el actuar médico, muchas veces habremos de encontrarnos en una postura similar, actuando por actuar. Para rescatarnos de esta cultura, retomo al mismo Umberto Eco:

*“La dimensión ética empieza cuando entra en escena **el otro**. Toda ley, moral o jurídica, regula siempre relaciones interpersonales, incluidas las relaciones con **ese Otro** que la ley impone.”⁸*

Ser humano es considerar, comprender y ser sensible a la existencia de otro ser. Hoy, ante el desarrollo científico y tecnológico se hace fundamental retomar la esencia del hombre para la toma de decisiones y el ejercicio médico, particularmente con aquellos que por su condición se encuentran en una de las circunstancias más vulnerables de la vida.

REFERENCIAS

1. Aristóteles. *Ética nicomaquea*. España: Editorial RBA Libros; 2008.
2. Platón. *Diálogos*. México: Ediciones Leyenda; 2007.
3. Galeno. *Si Quis Optimus Medicus Est, Eundem Esse Philosophus*. The writing of Hippocrates and Galen. Epitomised from the original Latin translations, by John Redman Coxe. Philadelphia: Editorial Lindsay and Blakiston, 1846. (Publicación en línea) 2010. Hallado en: URL http://oll.libertyfund.org/?option=com_staticxt&staticfile=show.php%3Ftitle=1988&chapter=128242&layout=html&Itemid=27
4. Thomasma DC, Kusher T. De la vida a la muerte. Ciencia y bioética. España: Editorial Rafael Herrera Bonet; 1999.
5. Gracia D, Jarobo Y, Espíldora NM, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Med Clin* 2001; 117: 179-90.
6. World Health Organization. Palliative care (publicación en línea) 2009 (acceso 2008 diciembre 20). Hallado en: URL <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
7. Diario Oficial de la Federación. Tomo DCLXIV No. 2 publicado el 5 de enero de 2009.
8. Eco U. *Cinco escritos morales*. España: Editorial De Bolsillo; 2004.

Correspondencia:

Dra. Irma Alejandra Coronado Zarco

Correo electrónico: ucincmn20@hotmail.com