

CUARTA JORNADA DE BIOÉTICA

Reducción del Paciente a un Cuadro de Síntomas. La Medicalización y la Tecnologización del Cuerpo

Vicente P. Gutiérrez

Florencio Varela, 29/6/2002

Agradezco el honor de compartir esta sesión con tan destacados expertos en Bioética y el poder estar aquí, para apreciar la obra de las Hermanas de María de Schoenstatt y de todo el Movimiento que inspiran.

Los participantes de esta Cuarta Jornada reciben el mensaje del Concilio Ecuménico Vaticano II dirigido a los intelectuales, a los científicos, los buscadores de la verdad y a los hombres del pensamiento cuando dice: “Felices los que poseyendo la verdad, la buscan aun con el fin de renovarla, profundizar en ella y ofrecerla a los demás... Pero no lo olviden: Si pensar es una gran cosa, pensar es ante todo un deber.”

Mi participación, no es como filósofo ni eticista, sino simplemente por ser un médico con un prolongado ejercicio de la profesión y que pudo cumplir con su misión dedicada a los enfermos, a la educación universitaria y a la familia.

Quisiera comenzar relatando lo que ocurre casi a diario en instituciones asistenciales, con el ejemplo de una señora que llega angustiada por padecer un intenso dolor. Al hacer su ficha de admisión le quitan el apellido de casada porque así lo requiere el archivo. Una vez internada es “la enferma de la cama 8311”, o “la del gran dolor”; si hay presunción del órgano afectado “la del páncreas”, si se confirma el diagnóstico cambia a “la de la pancreatitis”, después de la intervención quirúrgica a la “la operada de ayer” y si se complica será “la enferma de la sepsis o la de la fístula”. Durante la internación necesitó estudios radiológicos, ecografías, tomografías etc. muchas veces en ayunas, con prolongadas esperas y hasta suspensiones del examen sin previo aviso, comprendiendo el porqué a los enfermos también se les dice “pacientes” por la paciencia. El día del alta le dicen “adiós abuela” apelativo que a pocas mujeres ha de gustar.

A pesar de todo deja el Hospital reconfortada por haber recuperado la salud, a lo que se agrega la alegría de haber recuperado su identidad como persona humana.

Una vez en su casa recordará a tantas personas que conoció con motivo de su enfermedad, al médico de guardia, las enfermeras, el clínico, los médicos residentes, el cardiólogo, el anestesiólogo y varios cirujanos porque la cirugía mayor siempre es en equipo, el terapeuta intensivo, el infectólogo, el nutricionista, los kinesiólogos, la supervisora de enfermería, algunos alumnos de pregrado, el auditor de su seguro médico y el capellán. Pero grabará en su memoria solamente el nombre de aquellos que le dieron afecto, ternura, bondad y amor. Los que tuvieron comprensión, cortesía, paciencia y los que en momentos de dolor le pudieron provocar una sonrisa. Los demás integrantes del hoy denominado “equipo de salud”, seguramente pasarán al olvido.

Esta secuencia muestra como en pocos días una enferma es despersonalizada, le cambian su nombre por un número, luego por un órgano, una patología, una operación, es después una fístula. En los estudios complementarios, vive lo que es la tecnologización de la medicina y se va de alta como “abuela” aunque nunca haya sido madre. Todo este proceso es la reducción de un paciente a un cuadro de síntomas, a una enfermedad o a una terapéutica y como señala la Hermana Lugo en “Temas de Bioética”, carentes de unidad y originalidad (Editorial Hermanas de María.1998).

Recientemente la Dra. Kay Toombs en “Handbook of Phenomenology and Medicine” (Kluwer Academic Publishers-Holanda 2001), también profundizó este tema, enfatizando sobre la importancia de comprender la enfermedad desde la mira del enfermo.

EL CUERPO, EL ALMA Y LA ENFERMEDAD

Los primeros contactos de un alumno de medicina en los programas tradicionales, son con un cadáver, en el que ve órgano por órgano, sin tiempo a meditar que ese cuerpo había tenido vida. Estudiar también en frascos con preparados anatómicos humanos a los que denominan “piezas o material de enseñanza”. Las clases se dictaban y aún se dictan en “anfiteatros”, como los de la antigua Grecia. En 1543, año en el que Vesalio publica “De humani corporis fabrica”, los curiosos pugnaban por un lugar en las gradas para ver un cuerpo por dentro, atraídos por el misterio de la vida y la muerte. Y cuando en 1774 Hunter en una disección mostró un útero gestante, algunos creyeron estar próximos a conocer el origen de la vida.

Las materias siguientes se cursan mirando células con el microscopio, haciendo reacciones químicas, pruebas de física biológica, experimentos con animales y cultivando bacterias.

Pronto a finalizar el primer ciclo, llega a la asignatura Anatomía Patológica, nuevamente frente a un cuerpo anónimo, en el que debe estudiar el cómo y el porqué finalizó esa vida. Estar frente a un ser humano muerto hace pocas horas, suele motivar reflexiones e impactos, como los relata el patólogo contemporáneo Juan Carlos Soloaga después de su primera guardia. “Llegaron, depositaron el cadáver en la mesa de autopsias y se fueron rápidamente. Los ví alejarse por la ventana y me encontré solo en presencia de la muerte...” y al finalizar su tarea le pareció escuchar: “Podrás diseccionar mi cuerpo, mas no podrás hacerlo con el espíritu”.

En la última parte del pregrado el alumno pasa al ciclo clínico y al internado, después de años en aulas y laboratorios. Aprendió todas las etapas de la medicina, desde la concepción anatomoclínica, a la fisiopatológica, a la etiopatogénica, a la antropológica y a la moderna concepción molecular y bioquímica. Le llegó el día de estar junto a la cama de un ser humano sufriendo y se dará cuenta que no es un “cuerpo”, sino una persona enferma. (En los programas modernos el contacto del alumno con el ser humano es en el primer año de la carrera). Si desde ese momento entiende que toda su vida estará ayudando a los semejantes y que su misión será la de “cultivar la benevolencia”, será un médico feliz.

Quisiera aclarar que en esta presentación las referencias a los médicos, engloban a todas las personas vinculadas al arte de curar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe a la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”. Siguiendo al pie de la letra esta definición, un mínimo de la población mundial goza de buena salud, especialmente en las áreas subdesarrolladas donde la pobreza provoca enfermedades y las enfermedades traen pobreza.

Desde el punto de vista práctico, la ausencia de salud es enfermedad y las enfermedades son algo natural en la vida de una persona, pudiendo ser parte del camino hacia la muerte. Pero como el hombre es libre por esencia, puede decir sí o no a la enfermedad y acelerar su muerte por negligencia, torpeza, insensatez y desorden (“Cuerpo y Espíritu en la Medicina Actual” Franz Buchner. Universidad de Friburgo).

La enfermedad que provoca dolor, lleva a la desintegración de lo físico y de lo psíquico, razón por la cual es difícil curar lo orgánico sin tratar al mismo tiempo lo psíquico.

Se dice que la medicina nació cuando el primitivo hombre de la selva dio el primer grito de dolor y así como el dolor es sufrimiento, es advertencia y protección. Hoy en día un dolor intenso o prolongado es el primer motivo para consultar a un médico. Un segundo mecanismo de protección, es cuando obliga al reposo y a extremar cuidados, después de una enfermedad, traumatismo u operación.

El dolor es también un elemento de purificación, si se lo ofrece a Dios en el camino a la vida eterna. Por eso quienes tienen fe temen menos al dolor y no comparten el dicho “tuvo una buena muerte porque fue repentina”. Para los cristianos la buena muerte es el final de la vida terrenal y el principio de la vida celestial. De ahí que la Iglesia dedique tantas oraciones y ceremonias litúrgicas, los aniversarios de una muerte.

Hipócrates antes de Cristo hablaba de la armonía del organismo sano y que la curación era la restauración de la armonía. Recién mencionamos la importancia del tratamiento conjunto de lo físico y de lo psíquico. Un tercer componente para la curación, es el espiritual, evidenciado en múltiples relatos de curaciones atribuidas a la propia fe de los enfermos.

Quien necesite profundizar sobre la experiencia corporal en salud y enfermedad, sobre el alma y la espiritualidad, puede ir a “The Body in Medicine Thought and Practice” por Dew Leder, médico y Profesor de Filosofía en la Universidad de Loyola-Maryland. EEUU (Kluwer Academic Publishers. Holanda 1992),

Hasta aquí hemos analizado las vivencias de un hipotético enfermo, la formación de un médico y la repercusión física, psíquica y espiritual tanto de la enfermedad como del dolor. Las siguientes reflexiones sobre el cuerpo y el alma, son a manera de introducción, para luego hablar de la tecnologización y la medicalización.

El antiguo testamento nos dice que Dios crea al hombre en integridad de cuerpo y espíritu y no como la unión de un conjunto de órganos, a los que luego dió vida. Cuando el hombre construye una máquina, fabrica primero las partes y las arma para que funcionen como un todo. La diferencia es que la creación del hombre es un misterio Divino y la de una máquina es sólo una ciencia

El hombre primitivo mostraba interés por su cuerpo, adornándolo con pinturas, collares o pendientes. Algunos hombres de hoy también adoptaron tatuajes y adornos en el cuerpo, tal vez queriendo significar que “mi cuerpo es mío” o mostrar un signo de liberación dentro de la sociedad en que viven. La medicina no quedó ajena al interés del hombre por su cuerpo, desde los implantes dentarios a una enorme variedad de tratamientos y operaciones solicitadas por la autoestima de cada persona o por secuelas de una enfermedad o de un traumatismo, cuando alteran la apariencia personal.

Al hablar de la corporeidad en otras presentaciones durante estas Jornadas, se entrará en detalles sobre el valor patrimonial del cuerpo, considerándonos administradores en lugar de propietarios de nuestro cuerpo.

El interés por el cuerpo es diferente a las costumbres arcaicas en que vendaban los pies de los niños para disminuirles el tamaño o la circuncisión de las jóvenes. Ambas actitudes se

contraponen con la Doctrina Occidental y Cristiana, en la que los padres nunca son dueños del cuerpo de un hijo.

En lo que refiere al alma, no es necesario recordar que el cuerpo humano es algo más que una partícula de la naturaleza, un conjunto de órganos o un objeto para ser admirado y adornado. Aristóteles y Platón ya sostenían que el ser humano es alma y cuerpo, siendo este último solo el instrumento del alma. Después de Cristo, se afianzó el convencimiento de la unidad indisoluble entre alma y el cuerpo.

También la mayoría de los pensadores aceptan que todo desorden en el alma es una amenaza para el cuerpo y que un desorden en el cuerpo puede ser una amenaza para el espíritu. Tal es así que los antiguos y poco ilustrados gauchos de nuestra tierra, al referirse a una persona enferma, triste o desamparada, solían decir “es un alma en pena”.

En 1628 Harvey demostró científicamente que el corazón funcionaba como una bomba, pero pensó que al mismo tiempo era la sede del alma, definiéndola como “la fuente original de la vida y el sol del pequeño mundo, del mismo modo que el sol merecía llamarse el corazón del gran mundo”.

El concepto del alma rompió para siempre la idea de quienes sostenían que “el cuerpo humano se comporta a la manera de una complicada máquina, impulsada y mantenida en marcha desde fuera, de acuerdo con las leyes de la física”, y la de otros científicos que compararon al cuerpo con una “máquina casi perfecta”.

El fenomenólogo Husserl ideó el término “Somatología” para referirse desde el punto de vista Bioético a “la ciencia del cuerpo viviente”. En nuestro país, la Somatología fue bien estudiada por Mainetti en “Anatomía de la Persona” (Quirón 31:32, 2000), explicando sus cercanías con la filosofía y cuán lejos se está de explicar muchos misterios del cuerpo y de la vida.

LA TECNOLOGIZACION Y LA MEDICALIZACION

En Egipto mas de 1000 años AC, la corte de Seurset tenía un “médico” para cada uno de sus órganos y el Faraón uno para el ojo derecho y otro para el izquierdo. Con un razonamiento simplista, pensaban que así tendrían mejor atención.

Desde principios del siglo pasado, por los progresos y la complejidad de la ciencia, un médico ya no podía conocer toda la patología, ni tener acceso o siquiera manejar los adelantos técnicos, cada vez más complejos. Así fue que nacieron las especialidades, a su vez impulsadas en los países desarrollados por la expansión de la medicina académica, de los seguros de salud y del ejercicio de la profesión.

La especialización es la adquisición de conocimientos y destrezas en un área determinada de la ciencia, e implica tres premisas

- 1) Antes de formarse como especialista, ser un buen médico.
- 2) Mantener los principios de cultivar la benevolencia como fueron sus ideales cuando se graduó y
- 3) Una acreditada formación, para no ser como dice Agrest un “especialistoide”.

Si no se cumplen las tres premisas, los perjudicados son los enfermos y en segundo lugar los que ejercen esa especialidad, motivando críticas como “estudia al órgano independientemente del resto del cuerpo... es un médico de órganos que hace mal al organismo entero... vive muy cerca del órgano pero lejos del ser humano... solo ve parte y no mira el todo...”. Algunos especialistas encerrados en su área, tienen mas relación médico/órgano que médico/ paciente, convirtiéndose con el tiempo en técnicos u operarios, en camino a la deshumanización de su ejercicio profesional. La importancia de la relación entre seres vivos, se ve hasta en los animales cuando se comunican entre sí, por medio de sonidos que solamente cada especie puede descifrar.

El cirujano William Mayo, fundador de la Clínica Mayo de Rochester en EEUU, refiriéndose a algunos especialistas, dijo a principios del siglo pasado: “Ellos han sido maestros en la ciencia, pero fallaron en la comprensión del ser humano”.

La amplia variedad de especialidades, tiene diversos fundamentos. Si la especialización es siguiendo a aparatos y sistemas (gastroenterólogos, neurólogos...). Según regiones del cuerpo humano (especialistas en tórax, en cabeza y cuello...). Según órganos (cardiólogos, neumonólogos...). Según enfermedades (tisiólogos, infectólogos...). Según etapas de la vida (pediatras, gerontólogos...). Según el lugar y momento de la asistencia (emergentólogos, médicos rurales...). Según instrumental o equipamientos (endoscopistas, laparoscopistas y hasta expertos en la nueva medicina robótica...).

Dentro de las grandes especialidades crecieron también subespecialidades, como los cardiólogos intervencionistas dentro de la cardiología, los radiólogos intervencionistas dentro de la medicina por imágenes, los artroscopistas dentro de la ortopedia, los endoscopistas dentro de la gastroenterología etc.

Sin embargo aun con la moderna tecnologización, en una encuesta presentada este mes en la Academia Argentina de Cirugía, (Revista Argentina de Cirugía, en prensa) mostramos que el 85 % de los cirujanos de la Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano estaban insatisfechos en el ejercicio de su profesión. Y el descontento según Kassirer (N.Engl.J.Med 339:1543, 1998) es uno de los factores para que disminuya la calidad de la medicina.

Sobre este último aspecto, es importante la Declaración de Principios Éticos del Mercosur (Asunción del Paraguay 1995): “Le cabe al médico ejercer la medicina sin sufrir ningún tipo de discriminación y rehusarse a ejercerla en locales impropios o indignos, desprovistos de las mínimas condiciones técnicas, de infraestructura y remuneración adecuada.”

Es evidente que la tecnologización ha proporcionado adelantos inimaginables y hoy sin una adecuada tecnología no se puede ejercer la medicina. Hemos entrado en una era de Biotecnología, de aparatos, instrumentos y equipos cada vez mas sofisticados, pero provocando al mismo tiempo una revolución de la Bioética.

La computadora se ha convertido en herramienta indispensable, siempre que sus programas sigan las guías del médico y no que “electrónicamente” pretendan ejercer la medicina o entender las emociones de un ser humano. En una alegoría de EEUU se mostró una gran biblioteca con cientos de computadoras y otros tantos monos, sentados frente a ellas sin saber que hacer.

Los diagnósticos que antes se hacían y aun se hacen con el interrogatorio y el examen físico, por imperativo de la tecnologización deben “objetivarse” o completarse con ecografías, tomografías, resonancias magnéticas, centellogramas, densitometrías, complejos estudios cardiológicos y otros cientos de distintos exámenes según cada especialidad. El costo de esta medicina, en todos los países suma cifras exorbitantes.

Hasta tal punto se avanza en la tecnología, que este año bajo la dirección del Ingeniero Tom Anderson en Albuquerque EEUU, sé esta desarrollando un programa en el que utilizando tomografía y resonancia nuclear, el médico podrá tener la sensación de estar palpando un órgano, como si tuviera su mano dentro del cuerpo del enfermo.

Sin una compleja tecnología, solamente puede hacer operaciones menores. Desde el armado básico de un quirófano, con las mesas de operaciones y de anestesia, los monitores, los equipos de radiología intraoperatoria, etc., hasta los equipamientos específicos para cada especialidad como las bombas de circulación extracorpórea, los videoscopios, los distintos tipos de bisturís, etc., dependemos de las empresas y de las firmas comerciales, sin cuyo aporte es imposible ejercer la cirugía. Esta situación ha abierto uno de los capítulos más conflictivos de la tecnologización.

Sería largo entrar en el tópico de la justa distribución de todos estos adelantos, de las necesidades de cada comunidad y de las posibilidades de cada ser humano enfermo. Como ejemplo gráfico, un joven cirujano volvió a Africa después de entrenarse en Londres en cirugía cardíaca. Al poco tiempo hizo la primera operación en el principal Hospital de la región, con la que gastó todo el presupuesto asignado para un mes. El dilema de las autoridades fue tener que decidir para el futuro, entre la alta tecnología o la salud de la mayoría de la población.

Los trasplantes de órganos entre seres humanos, un triunfo de la ciencia y de la tecnología, motivaron en todos los ámbitos de la medicina miles de Reuniones, para definir el momento de la muerte, explicar como un órgano donado por un muerto puede adquirir vida dentro de otra persona, para crear legislaciones específicas y educar a la población.

Un próximo desafío para la Bioética, será cuando se concreten los injertos de órganos animales en seres humanos. Mainetti (Quirón 26:38, 1995) profundizó el tema, hasta adelantar la posibilidad de “Bioshoppings”.

De seguir la tecnologización al actual ritmo, el hombre anciano del futuro será una persona “protésica”, con implantes, reemplazos de órganos, trasplantes, colocación de elementos electrónicos y de nuevos inventos. Pero surgirán nuevas dificultades: ¿quien se hará cargo de los costos?, ¿será un hombre feliz?, ¿cómo será su espíritu? ¿quién lo cuidara?....

Un último comentario en esta era de la tecnologización, se refiere a las etapas finales de la vida. Más de una vez hemos visto mayores de 90 años de edad, con enfermedad de Alzheimer de larga data, residentes para siempre en instituciones de cuidados especiales, que con motivo de una arritmia son internados en Terapia Intensiva y les implantan un marcapaso o colocan un defibrilador, que cuestan decenas de miles de dólares. Si la falla cardíaca persiste o recae, se los intuba y conecta a un respirador, habitualmente hasta el fallecimiento, sin salir de la Unidad de Terapia Intensiva. ¿Morir en soledad, dormido y conectado a una máquina, será una muerte digna? ¿Será un producto de la tecnologización y del empecinamiento terapéutico?

En otros tiempos la falla cardíaca hubiera sido el final de la larga vida de ese anciano y la resignación era habitual. En la era de la tecnología, algunos médicos y familiares se sienten “obligados” a prolongar una vida, que seguramente para ese enfermo ni para la familia que lo veían sufrir, era un estado de bienestar. La discusión ética es hasta dónde y hasta cuándo se debe insistir en una situación así, en detrimento de poder preservar la vida de otros de hombres o mujeres jóvenes, con hijos para mantener y educar. Han habido en nuestro medio situaciones críticas, como las de un joven herido en un asalto, que debió ser derivado a otro Hospital, por estar las camas de Terapia Intensiva ocupadas con enfermos en tratamiento paliativo o en estado terminal..

La Conferencia Episcopal Alemana del 15 de Junio de 1975, después de discutir los aspectos humanos del cuidado, las nuevas formas de enfermarse y de morir, la muerte en soledad y el morir en paz rodeado por sus seres queridos, reafirma que: “Todo hombre tiene derecho a una muerte digna de un ser humano”.

Mas detalles sobre la Ética frente a la enfermedad en el final de la vida, están en “The Meaning of Illnes” de la Dra. Kay Toombs (Baylor University de Texas- EEUU) y en “La Pastoral con los Enfermos Terminales” del Pbro. José Maria Vallarino, presentada en 1998 para la licenciatura en Teología en la Universidad Católica Argentina. También será el tema central de la próxima reunión del Consejo Académico de Ética en Medicina, el 23 de Septiembre en la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

En lo que se refiere a la medicalización, en las comunidades primitivas, estaba a cargo de sumos sacerdotes, de alquimistas y de brujos. En nuestros tiempos aun hay sanadores y curanderos, que utilizan la sugestión como su principal terapéutica.

Los tratamientos denominados alternativos como la Acupuntura iniciada 100 años antes de Cristo (Annals of Internal Medicine 136 .374, 2002.) y la Homeopatía, tienen en común que si el enfermo percibe que es considerado como un ser humano en su totalidad, las mejorías especialmente en enfermedades funcionales, pueden ser superiores a las obtenidas con las últimas tecnologías y una deficiente relación médico-paciente.

Los médicos, los fármacos y los auxiliares de la medicina, son componentes de la medicalización de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte (Mainetti - Quirón 25:88, 1994). Aunque actualmente con los diagnósticos prenatales y la cirugía intrauterina, la medicalización comienza desde antes del nacimiento.

Una nueva tendencia en la medicina, es en lugar del tradicional “encuentro de una confianza con una conciencia”, el de una “confianza con un Hospital”. Cada vez más son los enfermos que aunque deban viajar y sufragar elevados gastos, recurren a instituciones que les ofrecen confianza por su prestigio, su plantel profesional, su tecnología y por estar acreditadas. A fines del siglo XIX médicos de Baltimore en EEUU, decían que sus enfermos mejoraban más rápido que otros, porque tenían fe, pero fe en el histórico Hospital Johns Hopkins. En esta medicina moderna, tendiente a la despersonalización, las autoridades y los Jefes de cada Hospital, tienen la responsabilidad de velar por algo tan indispensable como es el “cultivo de la benevolencia”.

En muchos países y especialmente en el nuestro, cuando hay dificultades económicas surgen economistas que creen solucionarlas, cuando hay un torneo mundial sobran los que se creen directores técnicos y cuando se habla de enfermos, los no médicos son de los primeros en opinar, oyéndose con frecuencia “me hubiera gustado ser médico”. Este tipo de medicalización es producto de los medios, que generalmente informan y educan, pero otras veces confunden o son utilizados para propaganda encubierta.

Las informaciones por Internet, atraen también a enfermos, que luego llegan a la consulta creyendo saber sobre su enfermedad y hasta cuestionando las indicaciones del médico.

La medicalización ha influido hasta en el lenguaje de gobernantes y dirigentes, cuando utilizan términos como: “el país esta en terapia intensiva”, “en shock”, “padece de un mal irreversible”, “no hay antídoto para ese problema”...

Quisiera resumir y recalcar, que las reflexiones de esta ponencia son las de un médico, basadas en la experiencia de su ejercicio profesional y con el objetivo de ayudarnos a pensar, teniendo presente a Goethe, en su afirmación: “Pensar es fácil, actuar es difícil.”

Por otra parte demasiada reflexión, por quienes no son especialistas en filosofía o en ética, puede llevar a la inacción o a la parálisis (Dr. Lynn Peterson del Movimiento de Georgetown en Ética). Por el contrario, estaré mas que satisfecho si en algo he podido ser un estímulo.

Para finalizar, podríamos cerrar los ojos y remontarnos siglos atrás cuando en los Monasterios, los Conventos, los Leprosarios y los Hospitales de Beneficencia, se cuidaba y trataba a los enfermos sin tecnologización ni medicalización. El principal armamentario terapéutico era la caridad, la benevolencia y la empatía, pero por sobre todo el amor a Dios y a todos los seres humanos.