

COOPERACIÓN

Robert T. HALL

Es un error, como todos sabemos, considerar que la religión en general estaría opuesta a la ciencia. Obviamente, en los Estados Unidos existe un movimiento anticientífico basado en posturas o corrientes de índole fundamentalista, pero muchas de las comunidades cristianas, incluyendo la Iglesia católica, han intentado demostrar que no existe distancia alguna con las perspectivas científicas de carácter empírico. Y muchas de estas comunidades han tomado liderazgo en el cuidado de la salud al dar la bienvenida a los avances de las ciencias biomédicas. Pero es un hecho que la discusión contemporánea se encuentra frecuentemente enfocada en las diferencias entre ciencia, religión y secularismo, y no en lo mucho que tenemos en común.

Considerando lo anterior, me gustaría ofrecer unos comentarios y aproximaciones de carácter reflexivo, desde mi propia experiencia, sobre la posibilidad de una posible cooperación entre ambas posturas.

Me referiré a esta problemática a partir de una situación personal de vida:

En los años setenta y ochenta fui sacerdote anglicano hasta mi renuncia hace veinte años. Soy ateo, pero no renuncié el sacerdocio por esto. Esto pareciera una total contradicción, pero puede comprenderse a partir de decir que el motivo de mi renuncia fue porque la Iglesia no me permitió seguir bendiciendo matrimonios de parejas gays y lesbianas.

Por otra parte, el hecho de ser sacerdote anglicano no impidió que para esas mismas fechas, en los Estados Unidos en esas décadas, fuera profesor de filosofía y sociología en una universidad franciscana. Hoy, actualmente soy docente de bioética clínica y ética de investigación en la Maestría de Bioética del Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV) —una unidad muy católica—.

Hace un año, en la Unidad de Bioética de la Universidad Autónoma de Querétaro inicié un proyecto junto con el CISAV sobre la legislación acerca del cuidado paliativo. Empezamos con un estudio sociológico para descu-

brir cómo los médicos tratan a los pacientes en varias condiciones al final de la vida. Entrevistamos a 89 médicos sobre casos específicos; les preguntamos si un tratamiento es legal y si además consideraban tal tratamiento éticamente aceptable.

Me gustaría exponer de manera breve algunos resultados de mi investigación a partir de algunos casos paradigmáticos:

Primer caso: con respecto a una mujer en condición terminal debido a una esclerosis múltiple, el 70 % de los médicos opinó que la paciente tiene el derecho de rechazar una traqueotomía, 30% dijo que fue *ilegal* no aplicar esta cirugía para prolongar su vida. Cuando la misma paciente pidió remover el ventilador, 59% de los entrevistados nos dijo que era *ilegal* retirarlo.

Segundo caso: un paciente con cáncer terminal, cuando es preciso usar dosis más y más altas de morfina para controlar el dolor, incluso hasta el punto en que la morfina puede empezar a impedir la respiración del paciente, un 20% de los médicos opinó que era *ilegal*.

Tercer caso: un paciente agonizando a causa de cáncer contrajo una pulmonía. Solicitó rechazar el tratamiento con antibióticos, aduciendo que prefería morir más temprano por la pulmonía, en vez de sufrir una agonía prolongada con el cáncer. Con respecto al dejar de administrar antibióticos, un 22.2% creyó que era *legal*, y un 77.8% dijo que *no es legal*.

Cuarto caso: una paciente de 85 años de edad sufrió tres infartos cardiacos, y tenía angina muy grave y recibió resucitación dos veces por infartos, y otra vez por falla cardiopulmonar. Un 61.6% de los médicos entrevistados opinó que es *legal* dejar de usar reanimación cardiopulmonar a petición del paciente, mientras un 38.9% dijo que *no es legal*.

Finalmente, quinto caso, un paciente al que se le diagnosticó esclerosis lateral amiotrófica (ALS). El nivel funcional del paciente ha declinado a tal grado que requiere de ayuda para trasladarse, ir al baño, alimentarse y bañarse. Su deseo es dejar de tomar agua y de comer hasta que muera, y quisiera rechazar nutrición e hidratación artificial. A la pregunta “¿cree usted que es legal dejar de administrar nutrición e hidratación artificial?”, 22.2% de los entrevistados nos dijo que sí, 77.8% nos dijo que no.

En conclusión: los resultados de este estudio fueron sorprendentes, no solamente por las diferencias que hemos esperado entre las opiniones morales de los médicos, sino por las diferencias de opinión sobre qué es legal y qué no es legal.

Debo decir que aunque hay interpretaciones contrarias, los tratamientos del sondeo son todos legales. Sin embargo, aunque la carta de derechos de los pacientes en cada hospital dice que el paciente tiene el derecho de otorgar o no su consentimiento informado a cualquier tratamiento, del

59% hasta el 78% de los médicos creen que es ilegal dejar de aplicar algunos de estos tratamientos — especialmente antibióticos y alimentación artificial—.

La conclusión del sondeo es que, tomado como un grupo, los médicos simplemente no saben qué es legal y qué no es legal.

Además, todos estos tratamientos, o mejor dicho, los rechazos de los tratamientos, están de acuerdo con la teología moral de la Iglesia católica cuando son una carga excesiva para el paciente (hay controversia sobre si la aplicación de alimentación artificial es obligatoria; pero este asunto no está totalmente dogmatizado).

En discusiones de nuestro grupo multiperspectivo de la Unidad de Bioética y CISAV, fue evidente que las consecuencias de este mal entendimiento de las prácticas médicas con respecto al cuidado paliativo eran importantes. Recuerdo, además, cuando estaba con un grupo de veinticinco médicos y presenté el caso del uso de morfina, pregunté: “Cuando ustedes, médicos, están hablando con los pacientes y sus familias, ¿cómo explican las opciones entre más morfina y menos conciencia y menos morfina, pero más conciencia?... Silencio... Hasta que un médico me dijo que “normalmente no hablamos con los pacientes sobre esta opción”. Entonces, ¿qué pasa con el consentimiento informado si los médicos no explican las opciones para tratamiento al paciente? Y es así con todos los demás casos de nuestro estudio. Si los médicos no hablan con los pacientes sobre las opciones del tratamiento, no es posible un consentimiento válido, porque los pacientes no están informados.

Reconociendo este problema con la práctica de cuidado paliativo, nuestro grupo empezó a revisar la ley federal sobre el tema con el propósito de elaborar una ley estatal para Querétaro. La Ley Federal de Cuidado Paliativo actual es muy buena, pero decidimos recomendar dos cambios importantes.

Primero, pensamos que un plan de cuidado paliativo debe tomar la forma de una orden médica, firmada por el médico y autorizada por consentimiento informado del paciente. Esto es porque un plan informal o una voluntad anticipada del paciente no firmando como una orden médica no servía como orden a los paramédicos, a las enfermeras y a otro personal de salud. Estas personas tienen que seguir con sus protocolos de cuidado ausente una orden médica al contrario. Y normalmente son estas personas las que atienden a pacientes al final de su vida.

El segundo punto fue que algunos médicos nos mencionaron que de acuerdo con el Código Penal del estado, si los médicos no iban a aplicar todo tratamiento posible para salvar la vida del paciente podrían ser acu-

sados de abandono. Así que teníamos que recomendar un cambio en el Código Penal diciendo sencillamente que si un médico está tratando a su paciente de acuerdo con un plan de cuidado paliativo firmado como orden médica, con consentimiento del paciente y de acuerdo con la ley, el concepto de abandono simplemente no aplica.

La etapa próxima era una reunión específica con varios sacerdotes y con el obispo de la diócesis de Querétaro para pedir su apoyo; esto es, porque no vamos a llevar a cabo una iniciativa legislativa sin apoyo de la Iglesia, en una sociedad preponderantemente católica. Contando con este apoyo, a continuación planeamos reuniones con varios comités de bioética y asociaciones de médicos antes de proponer una reforma de la ley de salud estatal.

El punto de este ejemplo es que a pesar de nuestras diferencias, las cuales son muy importantes, podríamos, nosotros como seculares, cooperar con gente de fe sobre asuntos para los cuales estamos de acuerdo. No debemos permitir que nuestro enfoque en las diferencias inhiba el progreso de la bioética sobre asuntos de acuerdo mutuo.

En conclusión: podemos dejar las diferencias de carácter de fe en casa cuando existen puntos de acuerdo en solucionar los problemas bioéticos de la vida cotidiana. Ellos ameritan un acercamiento entre la investigación científica y las comunidades de fe.