La Deontología Médica y los Pacientes de Alzheimer

G. Herranz

Profesor honorario de Ética Médica. Universidad de Navarra

No hay ciertamente una deontología específica para quienes sufren la enfermedad de Alzheimer. Pero hay algunos deberes que cobran especial intensidad cuando el médico se relaciona con ellos. Son tres las normas que, a mi parecer, fijan los términos de esa responsabilidad: el mandato de no discriminar; el principio de proporcionalidad entre respeto médico y debilidad; el canon de la conformidad terapéutica. Las tres normas son, obviamente, manifestaciones de la virtud médica de la justicia.

1. El mandato de no discriminar

La Declaración de Ginebra, el documento fundacional de la Asociación Médica Mundial, impone al médico la obligación de tratar a todos sus pacientes por igual, de no discriminar entre ellos. En la relación médico-paciente no pueden interferirse las ideologías políticas, los credos religiosos, los factores sociológicos. Y tampoco, y eso importa aquí de modo especial, la edad, la enfermedad o la incapacidad, que deterioren la salud y la calidad de vida del paciente. Todos los códigos han acogido, con rara unanimidad, ese deber tan humano, pero tan difícil de cumplir, de abstenerse el médico de toda discriminación ante sus enfermos.

Las discriminaciones por edad, lo primero. Tener diez, cincuenta o noventa años es un dato éticamente irrelevante: no hay categorías diferentes de respeto ético vinculadas a la edad de los enfermos. Los seres humanos de todas las edades, a pesar de sus expectativas de vida tan diferentes, son igual de dignos.

Las discriminaciones por la enfermedad o la incapacidad que se padece. La demencia empobrece la capacidad de relación, agosta el anterior florecimiento de la personalidad del paciente, pero eso no puede generar en el médico repugnancia humana hacia sus enfermos, ni mermar el respeto ético que les debe.

La virtud médica de la justicia induce al médico a tratar a todos los pacientes según el principio de equidad, que hace abstracción de la edad o la enfermedad del que sufre. El convencimiento, teórico y operativo, de que cuidar de todos, incluidos los pacientes de Alzheimer, es parte de lo que la sociedad exige al médico. Éste ha de cooperar a la construcción de una comunidad social justa y libre de discriminaciones. Esto significa que el médico ha de tener y de manifestar el mismo interés por un Alzheimer que por un niño: ha de explorar con tanta diligencia al uno como al otro, no puede dejarse llevar del desaliento que tan fácilmente evoca la combinación de senilidad y demencia. Deontológicamente todos los seres humanos son igual de dignos, todos igual de respetables.

¿Qué pasa cuando el médico deniega a un paciente de Alzheimer un tratamiento por el hecho mismo de ser paciente de Alzheimer? Pueden pasar varias cosas. Puede el médico incurrir en una cruda injusticia. Lo sería, por ejemplo, no tratarle de una neumonía causada por gérmenes sensibles a un antibiótico disponible y favorecer así su decadencia o su muerte. Pero no incurre en injusticia, sino que obra con corrección, cuando omite una intervención inútil pues así lo muestran razones biológicas serias. Sabe el médico que los seres humanos, hombre o mujer, niño o anciano, siendo todos igual de dignos en lo ético, son biológicamente diferentes. Hay criterios biológicos que determinan diferentes conductas médicas. Pero es necesario que esos criterios sean genuinos, verdaderos. Si no lo fueran, serían coartada de la injusticia y abuso discriminatorio.

2. La proporcionalidad entre respeto ético y debilidad humana

Hay en la vocación ética del médico un segundo elemento que impone, más allá de la justicia, una especie de opción preferencial por los más débiles: el deber de cuidar al débil con especial dedicación y esmero. Lo dice con mucha valentía éti-

ca el artículo 34 del Código Deontológico de la Enfermería Española, que consagra, a la hora de promocionar la salud y de repartir los recursos disponibles, "el principio de justicia social de dar más al más necesitado".

No sabemos, de momento, prevenir ni curar la enfermedad de Alzheimer, pero podemos aliviárla, frenar su evolución. La pregunta inevitable dice: ¿cómo justificar éticamente una medicina meramente paliativa, que no cura y que en ocasiones, ante el Alzheimer avanzado, nos deja en la duda de que consuele o alivie? ¿Cómo justificar una medicina que a veces va dirigida, más que a tratar al paciente, a dar apoyo moral a quienes cuidan de él?

Curiosamente, la ética codificada moderna, en contraste con la de veinte años atrás, añade a la vieja obligación de no abandonar al paciente terminal, la obligación inexcusable de la medicina paliativa. La medicina del cuidado y del consuelo emerge de la solicitud sanitaria por la debilidad humana extrema. Ha pasado ya el tiempo en que se podía decir: Ya no hay nada que hacer. El médico no puede desentenderse de las víctimas de la enfermedad incurable y prolongada.

La Medicina y el médico están para los débiles. Es esta una idea madre, un principio fecundo, que está tanto en la raíz antropológica de la Medicina, como en el impulso para conocer más e investigar. En la tradición deontológica cristiana no se puede decir hipocrática, pues el respeto y cuidado del incurable era algo totalmente extraño a la medicina precristiana, ser débil es título suficiente para recibir protección y respeto. La relación paciente incurable/médico presupone el reconocimiento de la fragilidad esencial del hombre: del deterioro del cuerpo, de los síntomas humillantes, de la situación de dependencia total, de lo inevitable y próximo de la muerte (o, a veces y paradójicamente, de su lejanía a veces exasperante).

Ante el enfermo de Alzheimer hay que descubrir y reconocer, bajo una apariencia empobrecida, todo el valor de un ser humano. La demencia destruye también el proyecto de ancianidad noble con que cada uno de nosotros sueña, eclipsa la dignidad precedente.

El paciente de Alzheimer reclama del médico y de los allegados una relación interpersonal específica, que incluye tanto el cuidado técnico como, sobre todo, la presencia humana. Hay una expresión, *res sacra miser*, que expresa de modo magnífico lo especial del hombre en esta situación, pues traduce de maravilla la coexistencia de lo sagrado y digno de todo ser humano con la miseria causada por el deterioro psíquico y orgánico. Esa acertada expresión nos descubre al paciente como un ser investido simultáneamente de nobleza y de indignidad,

un ser inviolable para cuyos males no tenemos otro remedio que la paliación y el acompañamiento.

3. El canon de la conformidad terapéutica

La demencia es, por encima de todo eso, una crisis de humanidad. La enfermedad de Alzheimer pone la ética médica a prueba.

De una parte, ciertos utilitaristas rechazan la sacralidad del demente avanzado. El balance económico de los pacientes de Alzheimer es negativo; su inutilidad social, perturbadora, en el ocaso, penosamente largo y estéril, de su enfermedad. La eutanasia es presentada como la solución ideal, digna y compasiva, eficiente y pulcra, tanto para la existencia precaria del paciente, como para los desvelos inútiles de los cuidadores.

De otra parte, nos encontramos con el celo terapéutico contrarrazional y encarnizado. Si respetar la vida significa aceptarla en su limitación y en su finitud, la obstinación testaruda es, en el fondo, una falta de respeto a las personas, un abuso caprichoso del título profesional.

Las posturas abandonista y encarnizada coinciden en dos cosas: en no comprender el valor de las intervenciones paliativas, y en ser refractarias a la esperanza de la investigación científica.

El médico necesita una especie de visión binocular que le permita integrar y superponer la imagen de precariedad biológica de un sistema lesionado más allá de toda posibilidad de arreglo, con la de un ser humano al que no se puede abandonar, al que hay que respetar y cuidar hasta el final. Esa doble visión es necesaria en el médico, pues lo exige su doble condición de cuidador de los hombres y de cultivador de la ciencia natural.

La extensa demografía de la demencia de Alzheimer y la intensidad humana de la minusvalía que causa están promoviendo esfuerzos de investigación que han empezado ya a dar fruto. Está cada día más claro que es urgente para los enfermos que la sufren y prioritario para la sociedad, desarrollar una política de investigación que trate de ir por derecho a esclarecer los aspectos biológicos, preventivos, terapéuticos y humanitarios de la enfermedad y de los enfermos de Alzheimer.

Aquí tiene la ética mucho que hacer, porque el paciente de Alzheimer, en cuanto sujeto de experimentación, nos obliga a revisar cuestiones medulares de la ética biomédica: hay que desarrollar mecanismos más seguros y, a la vez, más eficaces de sustitución del consentimiento informado, que nunca podrán prescindir de la rectitud ni de la responsabilidad del equipo investigador.