

RETO A LA ÉTICA COHERENTE DE LA VIDA

¿Puede la concepción católica sobre el cuidado de la salud servir de guía?

En diciembre de 1983 el Card. Joseph Bernardin pronunció en la Universidad de Fordham una conferencia en la que, por primera vez, expuso lo que él denominó "da ética coherente de la vida". En los siguientes cuatro años pronunció hasta nueve conferencias en las que desarrolló su pensamiento. El autor del presente artículo vuelve sobre el tema, lo clarifica, muestra las amenazas que hoy acechan a la concepción católica y señala siete objetivos para que la atención sanitaria católica pueda ejercer un liderazgo respecto a un sistema de salud seriamente defectuoso.

The consistent ethic of life Ander challenge: Can Catholic health care offer leadership?, Theology Digest 42 (1995) 323-334.

¿Qué es la "ética coherente de la vida"? El Card. Bernardin la describe como "un concepto primariamente teológico, derivado de la tradición bíblica y eclesial sobre el carácter sagrado de la vida humana y sobre las responsabilidades que nos incumben de proteger, defender, promover y mejorar la vida como don de Dios". La palabra clave es *consistent*¹. Ésta significa que, ante un amplio espectro de muy distintas cuestiones que atañen todas a la vida (guerra, pena de muerte, aborto, problemática respecto a la muerte, genética, sexualidad) nosotros adoptamos una misma actitud: respeto. En la medida en que ese respeto disminuye o falta en una área determinada, se debilita la ética de la vida en su conjunto y las restantes áreas quedan amenazadas. Bernardin deja en claro que la "ética coherente" se aplica tanto a las cuestiones de protección como a las de mejora de la vida, tanto al derecho como a la calidad de vida.

La Encíclica *Evangelium Vitae* (25.03.1995) va en esta misma línea cuando afirma: "*Allí donde está en juego la vida, el servicio de caridad ha de ser profundamente consecuente*. No puede tolerar ni prejuicios ni discriminación. Pues la vida humana es sagrada e inviolable en cualquier etapa y en cualquier situación: es un bien indivisible".

Una observación más: hay quien rechaza la idea de la "ética coherente" por dos motivos: porque desdibuja el enfoque sobre el aborto y porque pide demasiado a cada individuo. Esta queja procede sobre todo de un sector del movimiento pro-vida. A esto Bernardin responde que no es necesario que todos lo hagamos todo. Pero la Iglesia como conjunto sí debe tener en cuenta todo el espectro de cuestiones que quedan incluidas. Hay que ser consecuente en no defender posiciones antagónicas respecto a distintos aspectos del valor único de la vida humana. Cuando lo que está en juego es la vida humana hemos de ir todos a una.

La coherencia en la actitud, manifestada en la coherencia de principios y aplicaciones no sólo tiene lógica *interna* sino que favorece también la credibilidad *externa* de la Iglesia. Los diferentes aspectos de la "ética coherente" son distintos, pero también interdependientes.

¿Qué es lo que amenaza a esta ética en nuestro tiempo? "El hecho cultural dominante, presente tanto en la guerra como en la medicina moderna, que induce a una conciencia más aguda de la fragilidad de la vida humana, es nuestra tecnología" (Bernardin). Ésta proporciona un nuevo contexto en el que problemas viejos, pero recurrentes, deben ser replanteados. Así las armas nucleares cuestionan la legitimidad de la disuasión. En medicina, nuestra capacidad para prolongar la vida y diferir la muerte plantea preguntas sobre cómo usar la moderna tecnología. El suicidio médicamente asistido puede servir de símbolo de los problemas que nuestra sociedad tiene planteados respecto a la muerte. La muerte sigue siendo tratada como "una ofensa contra la naturaleza", cuando en realidad es una parte integrante de la naturaleza, como el nacimiento y la vida misma.

La medicina lleva el cuño de la cultura en la que se practica. Nuestra cultura es a la vez violenta y tecnológica. Podemos confundir tecnología con curación y podemos practicar la violencia pensando que curamos. Y esta violencia tecnológica puede practicarse tanto en el intento por salvar la vida como por ponerle fin. Es claro que tales intentos, que no por bien intencionados dejan de estar equivocados, amenazan una ética consecuente.

¿Puede la asistencia sanitaria católica servir de guía para recuperar una ética coherente de la vida, cuando ésta toca a su fin? Pienso que sí y voy a sugerir siete medios para lograrlo. Los cuatro primeros se refieren directamente a la formación, aunque en última instancia llevan también a la práctica. Los tres últimos se refieren directamente a la acción.

El suicidio asistido médicamente

Aquí convergen cinco tendencias culturales:

1 . *La absolutización de la autonomía.* Los últimos veinticinco años han sido testigos de cómo ha prosperado la autonomía del paciente en detrimento del paternalismo de los médicos. Ese paternalismo se remite a un sistema en el que las decisiones las toma el médico contra las preferencias del paciente o sin su consentimiento. Actualmente, al menos en el ámbito occidental, todo el mundo admite que la toma de decisiones respecto al tratamiento médico forma parte de la dignidad individual. Lo que no se advierte es que el fuerte énfasis en la autonomía puede derivar en reacciones exageradas. En distintos ámbitos, si ponemos coto al autoritarismo, corremos el riesgo de caer en el anarquismo.

Veo dos graves inconvenientes de absolutizar la autonomía. El primero, que se da muy poco valora la información y formación de la conciencia para el uso de la autonomía. Con semejante vacío, el simple hecho de que es el paciente el que decide tiende a ser considerado como la única manera legítima de decidir. Esto es para mí absolutizar. Este planteamiento lo encontramos también a propósito del aborto. El hecho de que la que decide es la mujer se considera ya como la única forma legítima de decidir. Pero hay decisiones buenas y decisiones malas. Si no examinamos las condiciones que hacen que una decisión sea buena o mala, la autonomía asumirá este rol. Y entonces la autonomía resultará desmedida y desvirtuada.

El segundo inconveniente de absolutizar la autonomía consiste en la intolerancia de la dependencia de los demás. La gente aborrece ser dependiente. Si se canoniza la

independencia de nuestra conciencia, "morir con dignidad" significa morir a mi manera, cuando yo quiera y por mí mismo. No obstante, el punto de vista anglicano era, sin duda acertado cuando se expresaba así en 1975: "Hay un intercambio de dar y recibir. Al comienzo y al final de la vida el recibir supera e incluso llega a excluir el dar. Pero el valor de la vida humana no depende sólo de su capacidad de dar. El amor, *agape*, consiste en el respeto inalterable por el valor de los otros seres humanos, independientemente de sus características. Esto se extiende a las situaciones de desamparo y desesperación, a aquéllos que, a sus propios ojos y para la sociedad no poseen ningún valor. (...). Este amor exige en el que da, un cuidado ilimitado y en el que recibe una confianza absoluta. La pregunta es aquí: ¿la práctica de la eutanasia voluntaria es consecuente con el fomento de ese cuidado y de esa confianza?".

En esta misma línea Daniel Callahan afirma: "Ser persona es vivir en perpetua tensión entre dependencia e independencia. La primera es parte de nosotros tanto como la segunda".

¿Hemos olvidado esto? Creo que sí. El suicidio asistido es una huida de la compasión, no una expresión de ella. Es sospechoso no por demasiado duro, sino por demasiado fácil. ¿Olvidamos que la vejez dependiente es una llamada a aferrarnos a un poder (Dios) que está más allá de nuestro control? Así lo creo. Rechazar nuestra propia dependencia significa, en última instancia, rechazar nuestra interdependencia. Y esto supone dejar de ver el suicidio asistido tal como a menudo es: un acto de aislamiento y abandono.

2. *La secularización de la medicina.* Por "secularización" entiendo el divorcio de la medicina de los valores que hacen de la atención sanitaria un servicio humano. O más agresivamente: es una preocupación creciente por los valores que son periféricos y se distancian de una concepción holística de la salud humana (competencia, riesgo, aspectos financieros, etc.).

Hay algunos síntomas de esa tendencia hacia la secularización. El primero es que hay médicos que o están abandonando la profesión o que, si pudiesen, lo harían. Otro síntoma es el motivo que dan los médicos de su descontento. Básicamente consiste en que la relación médico-enfermo se ha agriado. El Director del servicio de urgencias de un hospital de Mineápolis lo expresaba así: "Existe la impresión de que se puede reemplazar un médico por otro. Y esto es una desgracia. Cantidad de buenos médicos se sienten mal". "Si un médico se considera un proveedor-afirma otro doctor-, la relación médico-paciente, que es el alma de la medicina, ha quedado destruida". No es extraño que haya un alto porcentaje de pacientes que piensan que muchos médicos están demasiado interesados en hacer dinero y que no se preocupan por la gente, como antes.

Detrás de semejante erosión de la relación médico-paciente está la pérdida de la cultura de la compasión y del cuidado. Su lugar es ocupado por la ética del negocio. Muchos médicos sienten que lo que hacen no es otra cosa que "un empleo". Cuando la medicina se reduce a un negocio, los médicos se convierten en hombres de negocio. Y por esto reclaman sus mismos derechos. La ciencia médica se considera como algo que pertenece al médico y que, por consiguiente, está sujeto a la economía de mercado. Análogamente, la enfermedad se considera como cualquier otra necesidad que requiere un servicio.

No estoy interesado en culpar a nadie de esa secularización de la medicina. Sin duda los médicos señalarían, como responsables, la erosión de su autonomía (controles), la merma de su prestigio y el aumento del riesgo, junto con una reducción de la compensación, etc. Otros echarían la culpa de lleno a la profesión. Yo no voy a dirimir esta disputa aquí. Sólo quiero hacer notar el hecho de la secularización y la sustitución de una cultura profesional por una ética del negocio. De hecho, para muchos médicos y hospitales "el negocio de la medicina es más negocio que medicina". Y formar parte de la junta de un gran hospital norteamericano no es muy distinto que formar parte de la junta de una gran empresa automovilística.

Una vez secularizada la profesión, los médicos actuarán en consecuencia. Así, por ej., afirmarán que el médico es libre de tratar o no a los enfermos del SIDA. Hay afirmaciones que tienen una doble lectura. Así, por ej., ésta: "No impondré mis valores a mis pacientes". Esto tiene una lectura sana y ortodoxa: al designar el régimen de gestión del paciente tendré en cuenta su educación, edad, valores, preferencias, etc. Pero la lectura secularizada rezaría así: Haré todo lo que el paciente prefiera y pida. En este caso el médico se reduce a un instrumento tecnológico del paciente, contratado por un precio para hacer la voluntad del paciente.

3. *Control inadecuado del dolor.* Son muchos los que no temen la muerte, sino el morir. Y lo que más temen del morir es el dolor. Desgraciadamente, casi todo lo referente al tratamiento médico del dolor resulta penoso. Un estudio de 1989 descubre algunos hechos inquietantes. Sólo un 10% de los médicos afirman haber recibido un buen entrenamiento para tratar el dolor. Son porcentajes mínimos los presupuestados para la investigación del dolor. El 85% de los médicos encuestados afirman que la mayoría de los enfermos de cáncer están inframedicados, cuando consta que, si se usa competentemente, la medicación contra el dolor podría aliviar la agonía del 80 al 90% de los pacientes de cáncer. Pero, para poder ser controlado, el dolor debe ser primero reconocido. Y el 60% de los médicos se confiesan incapaces de reconocerlo. En definitiva: formación pobre, capacidad de diagnosticar y asistencia pobre.

Si hubiese una educación mejor y un mejor control del dolor, desaparecerían la inmensa mayoría de los motivos para la eutanasia.

4. *El debate sobre nutrición-hidrotación.* Algunos casos llamativos han puesto este problema en el ojo del huracán. Esto fue especialmente cierto en el caso de Nancy Cruzan. Se puede mantener a las personas en vida vegetativa durante años intubándolos. Pero ¿podemos o incluso debemos actuar así? Pocos responderían afirmativamente en el caso de que el paciente previamente hubiese rechazado dicho tratamiento. Pero ¿y si el paciente no ha expresado nada? Aquí surge la controversia. Muchos médicos y moralistas están convencidos de que, en coma irreversible, no se requiere este tratamiento. Porque no es en beneficio del paciente. Esta es también mi propia convicción. Y escribí todo lo que pude en apoyo de la familia de Nancy, cuando decidió hacer parar las máquinas.

Otros -creo que una minoría- consideran esta decisión en términos mucho más siniestros. Para ellos proseguir la intubación constituye un beneficio para el paciente, porque preserva su vida. A mí me parece que esa es una valoración muy estrecha de miras, porque el beneficio que saca el paciente se reduciría a prolongar sus funciones

fisiológicas. Daniel Callahan califica esto como "el caso más claro que puede encontrarse de esclavitud a la tecnología".

No voy a seguir discutiendo el caso. Pero sí quiero añadir que la mayoría de personas a las que he preguntado qué desearían que se hiciese con ellos en tal situación han respondido que no querían seguir indefinidamente en una vida puramente vegetativa. justamente ésta es la segunda cosa que la gente teme del morir: una prolongación innecesaria y sin sentido del proceso. La gente no quiere convertirse en prisioneros de la tecnología. Y es aquí donde esta cuestión entra en contacto con la del suicidio asistido. Si se impone el tratamiento de la nutrición-hidratación, la gente fácilmente verá el suicidio asistido como una alternativa preferible. Y es aquí donde aparece claro cuán contraproducentes resultan algunos fanáticos dedos del movimiento *pro-vita*. Su postura, al afirmar que lo de Nancy fue un "asesinato", no hace sino acrecentar el número de los partidarios del suicidio asistido.

Aquí viene al caso la distinción entre matar y dejar morir. Constató que determinadas instancias de ese dejar morir son irresponsables y que equivalen a matar. En algunos casos la distinción resulta muy difícil de aplicar convincentemente. Pero sería también irresponsable abandonar lo que, durante décadas, ha prestado buenos servicios. Ha habido jueces que, cuando a un paciente en situación de coma irreversible se le ha retirado la respiración artificial, han aplicado las leyes del homicidio. Si los jueces confunden la retirada de los medios artificiales para conservar la vida vegetativa con un homicidio, hacen del homicidio algo muy aceptable.

5. *Presiones financieras sobre la salud.* Huelga decir que existe una enorme presión para rebajar los costos de la atención sanitaria. No se trata de reducir los gastos administrativos. Sino de crear una atmósfera coercitiva respecto a los ancianos y a los enfermos crónicos. El suicidio asistido no está presupuestado como neutral. Imaginemos una persona anciana delicada de salud, que representa un desgaste emocional y económico para su familia y que se halla en un Estado en el que el suicidio asistido es legal. Uno puede adivinar su pregunta: ¿Ahora quieren que yo pida esto? Un abogado escribía en el *The New Times*: "El Estado reduce la vida si legisla una opción que, cuando somos más débiles, nos fuerza a tomar una decisión para la que nadie jamás sentiría el más mínimo impulso".

Juicio de valor sobre la vida y la muerte

Si tenemos "un sistema de atención médica que se equivoca respecto al término de la vida", este fallo brota de una noción distorsionada de la vida y de la muerte y a la vez la alimenta. La premisa implícita de la medicina moderna es que la muerte es una derrota de la medicina y que hay que resistir agresivamente hasta el fin. Tras semejante actitud y práctica se esconde una negación de nuestra mortalidad y la idea de que el progreso tecnológico puede trascenderla. La muerte es simplemente el enemigo. "¿Por qué he de morir?" es la pregunta que se yergue como el símbolo del rechazo cultural de la muerte. La "muerte administrada" es la cara de ese rechazo: "Si he de morir, ha de ser como yo quiera". Éste es el último desesperado intento por conquistar la muerte.

La tradición católica no acepta esto. Más bien afirma el hecho de que somos peregrinos, que Cristo superó la muerte y vive, y que nosotros viviremos con él. Su juicio de valor

sobre la vida podemos formularlo así: la vida es un bien fundamental, pero no absoluto. Es *fundamental*, porque es la fuente y la condición necesaria para toda actividad humana y para toda sociedad. No es *absoluto*, porque hay bienes superiores a los que uno puede sacrificar su vida. "No hay amor más grande que dar la vida por los amigos" (Un 15,13). Después del ejemplo de Jesús, ésta, aunque constituya el término de la vida tal como la conocemos, es su más completa realización. Respecto a la muerte podemos pues, afirmar: es un mal, pero no un mal absoluto e incondicionado.

Este juicio de valor tiene aplicación inmediata a la enfermedad y al morir. No todos los medios deben ser usados para preservar la vida. ¿Por qué? Porque hay valores superiores a la vida tanto en el vivir como en el morir. La obligación de usar todos los medios para preservar la vida equivaldría a devaluar la vida humana, pues la sacaría del contexto o historia que es la fuente de su valor último.

Así, la tradición católica se mueve entre dos extremos: el vitalismo u optimismo médico-moral (que preserva la vida con todos los medios y a toda costa, sin importar con qué condiciones) y el pesimismo médico-moral (que mata activamente, si la vida resulta onerosa, disfuncional y molesta). Los juicios meramente tecnológicos podrían caer en una de estas dos trampas.

Juan Pablo II resume concisamente esto al afirmar: "*La vida corporal en su estado terreno no es un bien absoluto para el creyente*" (*Evangelium Vitae*, n° 47). Advirtamos las palabras "para el creyente". Estoy asombrado de que una tradición que proclama que, con la muerte, "no se nos quita, sino que se nos cambia la vida", deje que esa creencia central tenga tan poca influencia en su análisis de la atención sanitaria y del morir. Estoy sugiriendo que la atención sanitaria católica posee una tradición que le permite contar con una muerte llena de paz como parte connatural de la práctica médica. Recuperar esa tradición significaría dar marcha atrás de la violencia tecnológica que actualmente se ceba en el morir humano.

Atención hospitalaria de los enfermos terminales

Las instituciones dedicadas a este tipo de atención son relativamente recientes en los Estados Unidos. Actualmente existen cerca de dos millares de centros residenciales. Esto sin contar con la asistencia domiciliaria. A medida que el promedio de edad de nuestra población se vaya incrementando, estas instituciones serán más necesarias todavía. Ellas encarnan la concepción equilibrada de la vida y de la muerte que hemos expuesto. Este tipo de atención constituye una celebración de la vida frente a la muerte que ofrece a los enfermos terminales y a sus familias apoyo médico, emocional y espiritual.

Dimensión ecuménica

La atención sanitaria católica no ha tenido nunca el carácter de *ghetto*. Tanto los que ofrecen como los que reciben la atención son ampliamente ecuménicos. Lejos de atender a su propia identidad católica, esto proporciona la oportunidad de compartir con otros la propia concepción de la vida y de la muerte. Esta dimensión ecuménica implica

esfuerzos de educación, tanto dentro de las instituciones asistenciales como fuera de ellas. Hay que explotar los vastos recursos que ofrece la vida parroquial católica.

Ser ejemplares en la justicia

En su pastoral sobre la justicia económica para todos, los obispos norteamericanos hacen una observación muy interesante: "Todos los principios morales que regulan la justicia en la economía tienen su aplicación a la Iglesia y a sus instituciones. La Iglesia tiene que ser ciertamente ejemplar". Esto se ha de aplicar a las instituciones sanitarias católicas de dos formas: a su política y estructuras internas, y a su opción por los pobres.

Nuestro sistema de atención sanitaria es un reflejo de nuestra sociedad. Y nuestras instituciones católicas no están exentas de los fallos del sistema. También ellas están aquejadas, hasta un cierto grado, de racismo, sexismo y demás patologías sociales. Tomemos como ejemplo el racismo. Y me refiero a un racismo estructural. Los hospitales católicos pueden haber insensiblemente incorporado en su estilo de vida algunas conductas opresivas para las minorías. Enumero cuatro: las minorías obtienen empleos de más bajo nivel; el personal de urgencias adopta a veces actitudes a menudo negligentes e incluso discriminatorias; hay problemas de comunicación con los que no hablan inglés; es más fácil que los pacientes de las minorías experimenten falta de respeto.

Por lo que se refiere a la opción por los pobres, los estudios sociológicos muestran que las instituciones asistenciales católicas y el personal médico y sanitario que trabajan en ellas aceptan en principio la opción, pero no están satisfechos de su propia actuación en esta línea.

¿Qué tiene que ver esto con la "ética coherente" de la vida? Esta es justamente la cuestión para el Card. Bernardin. Si no nos preocupamos de las necesidades sanitarias de los pobres, estamos minando nuestra resistencia al suicidio asistido. Esto suena extraño. Pero es lo que Bernardin entiende cuando afirma que "la actitud es el lugar donde arraiga una ética de la vida, ya que, en última instancia es la actitud de la sociedad -de respeto o de no respeto- la que determina sus políticas y su praxis". No atender a las necesidades de los pobres revela una actitud y esa actitud es inconsecuente con nuestra resistencia al suicidio asistido. Si descartamos la asistencia, descartamos también la resistencia.

Una enseñanza honesta y realista sobre la vida

Dadas las divisiones actuales en la Iglesia, lo que voy a decir aquí será controvertido. Pero creo que vale la pena arriesgarse.

La atención sanitaria católica recibe el impacto de la enseñanza de la Iglesia. Lo que más me preocupa es la credibilidad. Para ser creíble hay que ser totalmente abierto y honesto. Esto no significa, de ninguna manera, que el magisterio tenga que suavizar su voz profética. Pero sí quiere decir que he de admitir dudas donde las hay y reconocer problemas donde los hay. Es aquí donde encontramos la dificultad. Rahner lo expresó

así: "El magisterio ordinario del Papa en las decisiones doctrinales auténticas, al menos en el pasado y en tiempos muy recientes, estuvo a menudo involucrado en el error, y, por otra parte, Roma acostumbró a tirar adelante e insistir en tales decisiones como si no hubiese duda alguna de que eran correctas y como si toda ulterior discusión fuese impropia de un teólogo católico".

En la ética médica hay muchos problemas en los que los católicos (médicos, sacerdotes, obispos y teólogos) están divididos. Todos nosotros conocemos estos problemas: el estatuto moral del preembrión, la nutrición-hidratación de pacientes en coma irreversible, la contracepción, la esterilización, la fertilización in vitro, etc. No reconocer la división de opiniones resta credibilidad a la enseñanza oficial de la Iglesia. Como dijo el obispo Kenneth Untener en la Conferencia episcopal norteamericana (nov., 1990): "Ha llegado el momento de preguntar en voz alta. Si no lo hacemos así, causamos un gran perjuicio a la credibilidad y a la unidad de esa Iglesia que amamos".

Evitar las cadenas dedicadas al lucro

Si la atención sanitaria católica ha de ejercer un liderazgo, ha de seguir siendo profundamente católica. Esta orientación queda comprometida cuando nuestras instituciones son adquiridas por cadenas de inversores privados. Entre el servicio eclesial de atención a la salud y las cadenas de inversión privada existen las siguientes profundas diferencias:

1. El servicio eclesial se considera como un signo de la presencia compasiva de Dios. Las cadenas se consideran a sí mismas empresas comerciales.
2. Para la Iglesia la atención sanitaria es un servicio esencialmente humano. Las cadenas lo ven como una forma de sacar provecho.
3. El servicio eclesial responde a la necesidad de servir al pueblo y a las comunidades, con una opción preferencial por los pobres. Las cadenas responden a la necesidad de producir réditos.
4. El servicio eclesial espera de los ejecutivos que apliquen los valores evangélicos a la salud. Las cadenas esperan de los ejecutivos que alcancen un nivel mínimo positivo.
5. Responsabilidad comunitaria frente a responsabilidad hacia unos propietarios remotos.
6. Respeto por la santidad de cada vida humana frente a un ofrecimiento de servicios que niega tal santidad.
7. El servicio eclesial usa la rentabilidad para aplicarla a las necesidades del pueblo. Las cadenas usan las necesidades sanitarias para alcanzar rentabilidad.

En una palabra: la "ética coherente de la vida" es una encrucijada en el camino. ¿Puede la asistencia sanitaria católica ofrecer un liderazgo? Creo que sí, con tal de que atienda a estos siete puntos: educación de los factores que conducen al suicidio médicamente asistido; claridad acerca de los valores básicos respecto al significado de la vida y de la muerte; atención a los enfermos terminales; dimensión ecuménica; ejemplaridad en la

justicia; enseñanza honesta y realista en temas de bioética; evitar las cadenas dedicadas al lucro.

Si alguno de estos siete puntos falla, la "ética coherente de la vida" quedará debilitada y el liderazgo comprometido.

¿Logrará la atención sanitaria católica tal liderazgo? Honestamente, no lo sé.

Notas:

¹El inglés consistent a la vez coherente (coherencia interna) y consecuente (rigor en las aplicaciones): el respeto a la vida hay que aplicarlo a todos los casos (Nota de la Redacción).

Tradujo y condensó: MÀRIUS SALA