

EDITORIAL

Calidad de vida o alcanzar lo bueno y lo justo

WILLIAM SÁNCHEZ

La calidad de vida es un tema de frecuente debate y forma parte fundamental de la discusión de la bioética. Eduardo Díaz Amado la aborda como la posibilidad de alcanzar una vida buena y bella en una sociedad justa y la contextualiza en su marco jurídico y de la salud. Yo me enfocaré predominantemente en la perspectiva de la salud.

Cuando se está en la práctica del ejercicio médico, y específicamente cuando se está inmerso en el tratamiento de enfermedades de gran complejidad que frecuentemente abaten y consumen en extremo física y emocionalmente a un paciente y a su familia, inmediatamente se considera la “calidad de vida”. Entonces, me pregunto si lo que el paciente y sus familiares quieren y entienden por calidad de vida es lo mismo que pretende el médico que brinda la atención.

El concepto de calidad de vida es de uso reciente en las ciencias humanas y ha sido utilizado especialmente en medicina, economía y sociología. Se originó cuando se comenzó a aplicar en los seres humanos el concepto de “control de calidad”, acuñado en el ámbito industrial y de mercadeo para referirse al proceso de evaluación de calidad de los productos. Su incorporación en los años

sesenta en los programas políticos de los candidatos a la presidencia de Estados Unidos, Kennedy y Johnson, fue el punto de partida de su interpretación e integración social; los candidatos destacaban que lo verdaderamente importante y significativo era la calidad de vida individual en su contexto social, más que la cantidad de cosas materiales que se atesorara.

Cuando se hacen preguntas sobre el futuro de la vida en el planeta, sobre los límites de nuestra intervención científica y técnica en la vida humana, sobre la legalidad moral de muchas de nuestras acciones sobre los seres vivos y sobre todo de la futilidad, es cuando la bioética sobresale para ocuparse de todos estos dilemas del comportamiento humano. Sin embargo, debido al ambiente de pluralismo ético que se vive en la actualidad, pueden encontrarse en la bioética diferentes tendencias y enfoques.

En el ambiente médico y hospitalario con frecuencia se escucha y se reclama por parte de los pacientes y sus familiares un tratamiento con “dignidad humana”. Díaz Amado lo considera desde la perspectiva de respeto irrestricto y de inviolabilidad a la vida en su carácter naturalista y religioso. Sin embargo, en la práctica médica, en la cual fundamentalmente no hay grandes diferencias de carácter religioso, salvo algunas excepciones muy respetables (testigos de Jeová), los pacientes y sus familiares reclaman la dignidad humana como el derecho al no sufrimiento que, por lo general, se asocia con el control del dolor y el derecho a recibir lo necesario sin limitaciones para tratar de preservar y prolongar la vida.

La capacidad intelectual y mental del humano (la cual en su ingenio e inventiva no tiene límites) sobrepasa al

Presidente, Asociación Colombiana de Cirugía; *Governor, American College of Surgeons, Colombian Chapter*; Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia

Fecha de recibido: 26 de mayo de 2014

Fecha de aprobación: 26 de mayo de 2014

Citar como: Sánchez W. Calidad de vida o alcanzar lo bueno y lo justo. Rev Colomb Cir. 2014;29:85-87.

diseño biológico natural de su capacidad física y orgánica; es por este motivo que nuestra existencia terrenal día a día nos parece más corta e insignificante en el contexto del tiempo (cuando adquirimos experiencia, madurez y sabiduría, ya el organismo físico está deteriorado y propenso a las enfermedades que, en últimas, nos llevarán a la muerte). Con la ayuda de la ciencia y la tecnología el hombre se ha empeñado en luchar para tratar de perpetuarse en su existencia terrenal, en contra de un designio divino y natural.

Díaz Amado hace referencia a autores como Honnelfelder y Simon, en el sentido de la dignidad del hombre como principio regulador en la bioética, y hace una reflexión crítica de lo infinito de las necesidades relacionadas con la salud y el bienestar de las personas junto al reconocimiento de las limitaciones de los recursos. No hay que ir tan lejos para analizar el delicado equilibrio entre la capacidad de recursos y el derecho a la calidad de vida universalmente consagrado en la Declaración de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948. Nuestro sistema de salud contemplado en la Ley 100 de 1993, sin considerar los vicios de corrupción en beneficio de algunas minorías –sobre todo de carácter empresarial–, es incapaz de cumplir actualmente con una atención satisfactoria dentro del contexto de calidad y dignidad, entre otras cosas, debido a la oscura y muy mala administración de los recursos destinados para tal fin, no a la apropiación de ellos que con buena ejecución según expertos en economía médica y social podrían ser suficientes para el fin propuesto. Sin embargo, el sistema jurídico de nuestro país lo demuestra: la tutela médica es la primera causa de acción legal en busca del beneficio de un derecho fundamental.

Díaz Amado concluye que una persona saludable tiene calidad de vida. Es una afirmación que queda corta en el sentido natural de la vida. La enfermedad, por lo general, en algún momento forma parte de la vida. Si no estuviera influenciada en el cambio de su curso por acciones viciosas propias del comportamiento humano degenerado (violencia, trauma, asesinato, etc.), la historia de la existencia humana sería la de recuperarse de una enfermedad para terminar muriendo de una última. En la enfermedad puede y debe haber calidad de vida. Es triste ver hoy día cómo hay “infinidad de pacientes muriendo sin poder morir y otros muchos vivos sin poder vivir”. En mi concepto personal, y apoyado en Jonas, no se debe perpetuar la vida por el solo hecho

de la existencia, se debe garantizar una existencia con sentido, con interacción social.

Parsons, *et al.*, en la Universidad de Texas (2010), analizaron en este sentido el derecho de los pacientes con cáncer catalogados como terminales que tomaron la decisión de no recibir maniobras de reanimación para prolongar la vida en caso de un paro como consecuencia del progreso de su enfermedad. Comentan que es una acción formal y frecuentemente establecida por parte del cuerpo médico, realizar maniobras de reanimación a un paciente terminal de cáncer a pesar de su grave deterioro funcional y de sus pocas expectativas de vida.

Desde el punto de vista estadístico médico, se discute si se está prolongando la agonía o si efectivamente se está aumentando la supervivencia con calidad de vida. Los pacientes que reclamaron esta acción y derecho se caracterizaban por tener un nivel sociocultural elevado, con gran preparación intelectual y con enfermedades crónicas, pero muy graves y debilitantes, que les permitieron un tiempo de reflexión.

Es interesante ver que estos autores y otros como Reddy, encontraron que el síntoma predominante en este grupo de pacientes fue la disnea, lo cual es lógico al considerar que no puede haber vida activa sin respirar, y que respirar sin dificultad es una condición primaria para tener calidad de vida.

Es indiscutible que el avance tecnológico médico ha permitido la prolongación y, sobre todo, el mantenimiento y sostenimiento de la vida mediante medidas artificiales, pero, ¿es esto lo que quiere un paciente que puede considerar en su propia convicción la muerte como parte fundamental de la vida? Se debe también contemplar que calidad de vida es también ayudar a morir; morir sin demora, morir sin dolor, morir con comodidad, morir sin violencia y morir con espacio para la reflexión sobre una vida terrenal que fue construida por nuestras propias acciones, e incluso aun, el espacio necesario para un hasta pronto con los seres queridos.

No hay objeción alguna a que el médico controle la existencia de un ser. Desde Kant pasando por Jonas hasta Habermas y los muchos actualmente anónimos pensadores del día a día, coinciden en el respeto y la conservación de la vida. Todos, desde sus perspectivas deontológicas, en esencia buscan encontrarle el sentido a la vida misma;

pero en el caso de los cirujanos, que frecuentemente están en contacto con pacientes críticamente enfermos con sufrimientos agotadores indescriptibles que afectan incluso de manera trascendental a la familia, se debe considerar a la muerte como parte fundamental de la vida. Y en la calidad de vida no se puede dejar de lado a la muerte, porque esta forma parte de la vida. La vida tiene sentido con la presencia de la muerte y, cuando se vive sin esperanza, no se debe perpetuar una vida de sufrimiento a pesar de que se cuente con tecnologías para tal fin y se debe dejar que la vida siga su curso, en el cual se incluye la muerte terrenal.

Por último, es lógico que la calidad de vida deba estar descrita dentro de un marco contextual. Los requisitos de calidad de vida de un campesino de nuestras montañas andinas, serán muy diferentes a los de un ejecutivo de Nueva York. El concepto de riqueza y calidad no debe estar enmarcado en el que tiene mucho, sino más bien en el que no le hace falta nada para vivir y ser feliz.

La calidad de vida dentro del entorno médico y hospitalario, en su definición y expectativas, puede ser comprendida en forma diferente por los diversos actores (paciente, médicos, familiares).

En general, el paciente entiende y quiere por calidad de vida curarse de su enfermedad, el familiar, que no sufra su ser amado, y el médico, prolongar la existencia.

En el contexto médico se debe considerar a la muerte como parte integral de la vida; su advenimiento no es fracaso y fundamentalmente no se debe morir con dignidad, lo que se debe es vivir con dignidad y morir

con calidad, es decir, en paz, sin dolor, con tranquilidad, sin estar sometido al sufrimiento de tratamientos innecesarios que prolongan la agonía, y en compañía de los seres queridos.

Nosotros, cirujanos, hijos y herederos todos de Asclepio, que fue sacado del vientre de Corinis por Apolo antes de que ardiera en la pila funeraria, creemos que luchamos contra la muerte..., esa guerra está perdida. Luchamos por la vida, para que nuestra existencia terrenal programada sea plena, con calidad y digna... Después, en algún momento, la muerte nos visitará y nos uniremos con los dioses en el Olimpo.

Referencias

1. Amado Díaz E. Calidad de vida o el alcanzar lo bueno, lo bello y lo justo. *Orientaciones Universitarias*. 2004;35:96-105.
2. Parsons HA, De la Cruz MJ, Zhukovsky DS, Hui D, Delgado-Guay MO, Akitoye AE, *et al*. Characteristics of patients who refuse do-not-resuscitate orders upon admission to an acute palliative care unit in a comprehensive cancer center. *Cancer*. 2010;3061-70.
3. Reddy SK, Parsons HA, Elsayem A, Palmer JL, Bruera JE. Characteristics and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *J Palliate Med*. 2009;12:29-36.
4. López EA. Tres enfoques deontológicos acerca de la vida. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2007;8:44-53.

Correspondencia: William Sánchez, MD

Correo electrónico: sanchez.william@etb.net.co

Bogotá, D.C., Colombia