

Dimensión ética del morir

Paulina Taboada

Resumen

.....
¿Se puede afirmar que la persona humana posee una dignidad inalienable aún de cara a su finitud y a la inevitabilidad del sufrimiento y de la muerte? Desde las búsquedas de la Medicina Paliativa en torno al así llamado “derecho a una muerte digna”, se propone una reflexión sobre lo que supone entender el morir como un “acto humano”. Teniendo en cuenta algunos principios morales que nos permiten resguardar la dimensión ética del morir, se resalta el imperativo de pasar de una medicina dominada por la lógica del “imperativo tecnológico”, a una “medicina personalista”.
.....

1. INTRODUCCIÓN

La idea de que el hombre tiene *derecho a morir con dignidad* ha dominado el debate bioético contemporáneo relacionado con el final de la vida humana. Muchos de los autores que abogan por el derecho a una *muerte digna*, entienden que éste incluye el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, basándose para ello en el respeto a la libertad individual o autonomía del paciente. Se afirma, así, que nadie tendría derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea. De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); negarse a su realización podría suponer una forma de maleficencia. La fuerza de esta línea de argumentación aumenta en la medida en que el contacto con pacientes en situaciones límite nos lleva a comprender la problemática existencial que subyace a las solicitudes de eutanasia y asistencia al suicidio.

Pero este argumento encubre una falacia. Las estadísticas actualmente disponibles en Holanda¹ -primer país en despenalizar la eutanasia- muestran que después de una primera etapa en la que el respeto por la autonomía del paciente se considera una “condición justificante” para acabar con la vida de las personas que así lo solicitan, viene una segunda etapa en la que la realización de estas prácticas se extiende a situaciones en las que ya no es el paciente el que las pide, sino que la iniciativa viene de la familia o de los mismos profesionales de la salud, que consideran que se está ante una “condición de vida no digna”.

De este modo, en los debates médicos y jurídicos ya no se discute tanto sobre el carácter lícito o ilícito de la eutanasia, sino más bien sobre su mayor o menor conveniencia en casos concretos, sobre las normas que deberían regular su aplicación y sobre su mayor o menor aceptación social y política, poniéndose en evidencia la conveniencia de evaluar la eutanasia en términos de un cálculo costo/beneficio. Así, frente a una vida sufriente, terceros deciden dar muerte a una persona como la solución que ella misma habría

elegido. De este modo, la realización de la eutanasia ya no se justifica por referencia a la autonomía del paciente, sino que pasa a ser considerada como un acto virtuoso².

La idea de que la muerte podría representar un alivio para una vida condenada a horribles sufrimientos no es nueva.

La idea de que la muerte podría representar un alivio para una vida condenada a horribles sufrimientos no es nueva. La encontramos, por ejemplo, ya en la cultura griega poéticamente expresada en el Mito del Centauro Quirón, a quien el dios Apolo concedió el don de la *mortalidad*, después de que en una batalla con otros centauros, éstos le infringieran una herida incurable. Pero plantear que en ciertas situaciones la muerte pueda ser percibida como una “bendición divina” no equivale necesariamente a arrogarle al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona sufriente. Así lo percibió Hipócrates, quien en su famoso Juramento reclama de los médicos el compromiso de no dar a nadie una droga mortal aún cuando les sea solicitada, ni tampoco dar consejos con este fin.

La necesidad de pedir a los médicos un compromiso formal en este sentido se aprecia hoy muy claramente al analizar las cifras del informe de la Comisión Remmelick (Sept. ‘91)³. Estas estadísticas muestran que, en

Holanda, un 15 % de los fallecidos mueren por eutanasia. De los pacientes que solicitaron eutanasia activa durante el período analizado (agosto-diciembre de 1990), 56% lo hizo por un sentimiento de “pérdida de dignidad” y 47 % abogando tener un “dolor intratable”. Este dato resulta doblemente llamativo puesto que, por un lado, el sentimiento de “pérdida de dignidad” no figura entre las condiciones de “eutanasia justificable” aceptadas por el Parlamento Holandés⁴.

Por otro lado, aunque el dolor intratable sí es considerado como una condición justificante, el mismo informe pone en evidencia que -en opinión de los médicos tratantes- en el 17 % de las solicitudes de eutanasia aún había alternativas terapéuti-

cas paliativas que ofrecer a los pacientes pero éstos las rechazaron. En otras palabras, no se podía hablar con propiedad de “dolor intratable” en esos casos. De hecho, la razón más importante que tuvieron el 35 % de los médicos para rechazar solicitudes de eutanasia fue su opinión personal que el sufrimiento del paciente no era intolerable.

Estas evidencias empíricas plantean la necesidad de reflexionar sobre lo que constituye la dignidad de la persona humana, especialmente en relación con el sufrimiento y la muerte, dos realidades que parecen poner a prueba nuestra concepción del sentido de la vida. En un mundo en el que estamos destinados a morir, la dignidad humana se nos presenta como algo muy frágil o incluso como un absurdo. ¿Se puede afirmar que la persona humana posee una dignidad inalienable aun de cara a su finitud y a la inevitabilidad del sufrimiento y de la muerte?

En lo sucesivo intentaré esbozar una respuesta a este interrogante. Comenzaré refiriéndome a la respuesta que ha dado la Medicina Paliativa a la problemática

del así llamado “derecho a una muerte digna”.

Para comprender adecuadamente esta propuesta será necesario reflexionar sobre lo que supone entender el morir como un “acto humano”. Enunciaré, también, algunos principios morales que nos permiten resguardar la dimensión ética del morir, concluyendo esta reflexión con una invitación a fomentar un cambio de “paradigma”⁵ en la práctica médica contemporánea, cambio que nos saque de una medicina dominada por la lógica del “*imperativo tecnológico*”⁶ hacia una “medicina personalista”.

2. EL MORIR COMO UN “ACTO HUMANO” Y EL “DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD”

De acuerdo con la tradición judeo-cristiana, el derecho a morir con dignidad es parte constitutiva del derecho a la vida⁷. Sabemos que esta tradición rechaza el recurso a la eutanasia y al suicidio asistido. Ello implica que el significado atribuido al concepto “morir con dignidad” se distingue radicalmente de aquel propuesto por los defensores de la eutanasia. En

efecto, el “derecho a una muerte digna” se refiere aquí al “derecho a vivir bien la propia muerte.” Esta afirmación lleva implícita la idea de que ante la inevitabilidad de la muerte cabría un cierto ejercicio de nuestra libertad. La muerte no podría considerarse

como un fenómeno meramente pasivo, que ocurre en nosotros y frente al cual permanecemos -por así decirlo- *impotentes* (“acto del hombre”), sino como un “acto humano”⁸, es decir, como un acto en el que nuestra libertad podría intervenir en alguna medida.

Sin embargo, es evidente que el morir no cae en el ámbito de nuestra libertad: inevitablemente cada uno de nosotros morirá. Con relación a nuestra propia muerte, lo único que podría estar sujeto a nuestra libertad es la actitud que adoptemos ante esta realidad. En este sentido, resulta interesante analizar la descripción de los diferentes tipos de reacciones emocionales observadas por la psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross en los pacientes moribundos⁹.

Con relación a nuestra propia muerte, lo único que podría estar sujeto a nuestra libertad es la actitud que adoptemos ante esta realidad.

De acuerdo con esta observación, no siempre resulta fácil para los pacientes alcanzar una actitud interior de aceptación, que les permita morir bien. Sabemos además que, para comprender lo que una persona considera bien morir, se deben tomar en cuen-

ta sus valores culturales y religiosos. Como ha dicho, entre otros Laín Entralgo, la muerte no es primariamente un evento médico o científico, sino un evento personal, cultural y religioso. Las convicciones morales y religiosas determinan lo que se considere el comportamiento adecuado frente a la muerte, tanto para el que está muriendo, como para los que lo atienden.

Pero la atención de salud es hoy una tarea cooperativa, que agrupa a personas de distintos orígenes culturales y religiosos. Podría suceder, entonces, que alguien que muera en un hospital, lo haga rodeado de personas que tengan visiones distintas de la propia, de lo que significa morir bien. Ello podría llevar a que en algunos ca-

sos el equipo de salud opte por recurrir a ciertos medios que retarden artificialmente el momento de la muerte con el fin de evitar toda duda de un posible subtratamiento. Esta práctica -conocida como obstinación terapéutica o ensañamiento terapéutico- es rechazada por la mayoría de los eticistas como algo contrario a la dignidad. Sin embargo, sabemos que la medicina contemporánea está constantemente sometida a la tentación de considerar que es éticamente exigible todo lo que es técnicamente posible, fenómeno que Hans Jonas denominó “imperativo tecnológico”¹⁰. Ver-se envuelto/a en esta corriente cultural -o en su opuesta: la creciente aceptación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido- podría imponer graves cargas morales en las personas moribundas, no permitiéndoles morir del modo que consideran correcto. H.T. Engelhardt, Jr. plantea que el recurso a la tecnología avanzada con el propósito de prolongar la vida podría representar un verdadero “*peligro moral*”¹¹.

Con Marciano Vidal¹² proponemos que la expresión “derecho a morir con dignidad” no se entienda como “*una formulación de un de-*

recho, en el sentido preciso del ordenamiento jurídico; más bien, tiene una referencia al universo ético, es decir, expresa una exigencia ética. Por otra parte, la expresión no se refiere directamente al “morir” sino a la “forma de morir”. Así, en la situación del ser humano muriente, el alcance de la expresión “morir con dignidad” supone una serie de exigencias por parte de la sociedad. Blanco¹³ señala las siguientes como las más decisivas:

- ❖ Atención al moribundo con todos los medios que posee actualmente la ciencia médica: para aliviar su dolor y prolongar su vida humana.
- ❖ No privar al moribundo del morir en cuanto “acción personal”: morir es la suprema acción del hombre.
- ❖ Liberar a la muerte del “ocultamiento” a que es sometida en la sociedad actual: la muerte es encerrada actualmente en la clandestinidad.
- ❖ Organizar un servicio hospitalario adecuado a fin de que la muerte sea un acontecimiento asumido conscientemente por el hombre y vivido en clave comunitaria.
- ❖ Favorecer la vivencia del mis-

terio humano-religioso de la muerte; la asistencia religiosa cobra en tales circunstancias un relieve especial.

3. LA RESPUESTA DE LA MEDICINA PALIATIVA

La medicina se ha concebido tradicionalmente como una relación de ayuda al que sufre¹⁴. Lo que la sociedad espera de los médicos es que, atentos al sufrimiento de una persona, apliquen sus capacidades y toda la ciencia disponible para aliviar al que sufre. Por tanto, para un médico conocer las razones por las que una persona pide -en la práctica- la eutanasia o la asistencia al suicidio, debería suponer un estímulo para desarrollar estrategias adecuadas para tratar esas causas y no una razón para acabar con la persona que sufre.

Este desafío ha sido asumido por la Medicina Paliativa que, desde sus inicios, con la fundación del *St. Christopher's Hospice* en Londres, por Cecily Saunders a fines de la década de los 60, se concibió como una respuesta positiva frente a la problemática existencial que lleva a algunas personas a solicitar la eutanasia. En un ar-

tículo reciente, Zylicz¹⁵, médico paliativista holandés, describe lo que él llama el *ABC* de las solicitudes de eutanasia, es decir, las razones más habituales por las que los enfermos terminales piden que se les ayude a acelerar su muerte. Ellas son:

A: Afraid (miedo)

B: Burn-out (desgaste emocional)

C: Control of death (deseo de controlar la muerte)

D: Depression (depresión)

E: Excrutiating pain (dolor insoportable)

Diversos estudios muestran que los síntomas, que con mayor frecuencia se presentan hacia el final de la vida, tienden a ser múltiples, multifactoriales, cambiantes, intensos y de larga duración. Se dice, así, que cerca del 90% de estos enfermos tienen dolor intenso, 80% depresión o ansiedad, 60% dificultad para respirar y, casi todos, falta de apetito, sequedad bucal, constipación, debilidad general u otras molestias similares¹⁶.

Vemos, entonces, que los síntomas más frecuentes en los enfermos terminales pueden originarse en cualquiera de las dimensiones de la persona enferma y

tienden a afectarla en su globalidad. Si estas molestias no se controlan adecuadamente, su intensidad y prolongada duración pueden conducir a la persona a la fatiga emocional (*burn-out*). Ante esta realidad, la medicina contemporánea ha respondido ofreciendo las terapias paliativas, que la OMS define como:

El tratamiento paliativo tiene por objeto facilitar al paciente y a su familia la mejor calidad de vida posible.

La atención activa y completa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. (En esta atención) es sumamente importante el control del dolor y de los demás síntomas, como también de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El tratamiento paliativo tiene por objeto facilitar al paciente y a su familia la mejor calidad de vida posible ... (haciendo) hincapié en el hecho de que la enfermedad no debe ser considerada como una aberración fisiológica aislada, sino en relación con el sufrimiento que conlleva y el impacto que causa en la familia del enfermo¹⁷.

La Medicina Paliativa se concentra, por tanto, en mejorar la calidad de vida y en aliviar los síntomas en el marco de un equipo multidisciplinario coordinado, formado por médicos de diversas especialidades, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc. En algunos países se ofrece, además, terapia a través de la expresión artística -principalmente la música y la pintura- lo que permite a algunos enfermos encontrar una forma de comunicación no-verbal de las dificultades, angustias y temores que les pueda ocasionar el enfrentamiento de la muerte. A los pacientes que lo deseen se les ofrece también una asistencia espiritual. Dado que la familia se considera parte importante del equipo terapéutico, se procura educarla para que pueda asumir un rol activo en el cuidado de la persona enferma. También el acompañamiento en el duelo se considera parte de la Medicina Paliativa.

En resumen, citando el informe de un Comité de expertos de la OMS¹⁸

podemos decir que los objetivos de los cuidados paliativos son:

- ❖ Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal.
- ❖ Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga.
- ❖ Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos.
- ❖ Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente.
- ❖ Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
- ❖ Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo.

Todo lo anterior exige desarrollar un cuerpo de conocimientos médicos, que permita aliviar efectivamente las molestias que presentan estos pacientes. Este es precisamente el desafío actual de la Medicina Paliativa. En este sentido, cabe destacar la inquietud expresada por el Dr. Zylicz en el artículo ya citado¹⁹, quien describe el efecto negativo que la despenalización de la eutanasia está

teniendo para el desarrollo de la Medicina Paliativa en su país (Holanda). El disponer de una salida “fácil” ante situaciones difíciles, está disminuyendo la creatividad de los médicos holandeses para buscar nuevas soluciones a la problemática planteada por los pacientes en la etapa final de su vida, dificultando al mismo tiempo la comprensión del verdadero papel de la libertad personal frente a la muerte.

4. PRINCIPIOS ÉTICOS EN MEDICINA PALIATIVA

Sin pretender hacer un listado exhaustivo, me referiré a seis principios éticos, que me parecen especialmente relevantes en la atención de pacientes terminales, a fin de respetar la dimensión ética del morir. Ellos son el principio de respeto por la vida y la muerte, de proporcionalidad terapéutica, del doble efecto, de veracidad, de prevención y de no-abandono.

4.1 Inviolabilidad de la vida humana

La vida no es un bien extrínseco a la persona humana, sino un *valor fundamental*, del que derivan los derechos humanos. El deber de

respetar y promover la vida es, por tanto, el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás. La vida corporal es condición necesaria para el ejercicio de cualquier otro derecho.

El ser humano muriente plantea una serie de exigencias éticas tanto a los profesionales de la salud como a la sociedad

En el debate bioético contemporáneo sobre el final de la vida humana, se suele afirmar que nadie tiene derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea. Basándose en una peculiar concepción del respeto a la libertad individual (autonomía) del paciente, se propone entender el “*derecho a una muerte digna*” como el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido. De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); negarse a su realización podría suponer una forma de maleficiencia.

Sin embargo, plantear que en ciertas situaciones la muerte pue-

da ser percibida como un alivio no equivale necesariamente a arrojarle al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona sufriendo. Así lo percibió Hipócrates, quien en su famoso Juramento reclama de los médicos el compromiso de no dar a nadie una droga

mortal aun cuando les sea solicitada, ni tampoco dar consejos con este fin. La concepción hipocrática es la que subyace a la práctica de la Medicina Paliativa contemporánea. El informe del Comité de expertos de la OMS establece que entre los objetivos específicos de los cuidados paliativos están el “reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal” y “establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga”.

Estos objetivos corresponden a una concepción del *derecho morir con dignidad* no como un derecho a morir, sino como un *derecho a una forma de morir*. La expresión denota, entonces, una *exigencia ética*. La idea fundamental es que el *ser humano muriente* plantea

una serie de exigencias éticas tanto a los profesionales de la salud como a la sociedad. Los objetivos que se plantean los cuidados paliativos son una respuesta activa y concreta frente a estas exigencias éticas del morir humano.

4.2 Principio de proporcionalidad terapéutica

Aceptar que nadie está obligado a utilizar todas las intervenciones médicas actualmente disponibles, sino sólo aquellas que le ofrecen una razonable probabilidad de beneficio no resulta difícil. Mayor dificultad reviste la pregunta por la licitud moral de rechazar tratamientos potencialmente beneficiosos, pues ella nos confronta con el problema de los límites de nuestra obligación moral respecto de la salud.

En un intento por ofrecer una guía que ayude a identificar las intervenciones médicas que son moralmente obligatorias y las que no lo son, la Iglesia Católica ha propuesto la clásica distinción entre medidas *ordinarias* y *extraordinarias*²⁰, doctrina que hoy se conoce mejor como *principio de proporcionalidad terapéutica*²¹.

Este principio sostiene que existe la obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una *relación de debida proporción* entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumpla se consideran desproporcionadas y no serían moralmente obligatorias. Por tanto, para determinar si una intervención médica es o no moralmente obligatoria para un determinado paciente, se debe realizar un juicio de proporcionalidad. La relevancia moral de este juicio estriba en la ilicitud de omitir aquellas intervenciones médicas que se juzguen como proporcionadas, pues ello podría representar una forma de eutanasia por omisión.

Sin embargo, esta idea de la proporcionalidad de las medidas médicas no es algo propio de la Iglesia Católica. Ya en la Antigüedad greco-romana encontramos testimonios de filósofos que enfatizaban lo inadecuado que resultan aquellos esfuerzos médicos que sólo lograrán prolongar los sufrimientos²². Los médicos griegos aprendían a reconocer aquellas situaciones en las que la natura-

leza está de tal modo enferma, que conducirá inevitablemente a la vida humana a su término. Así, para los griegos la muerte no era considerada como una falla de la medicina, sino como el término natural de la vida humana.

Para verificar si en una determinada situación se da o no esta relación de debida proporción, es necesario confrontar el tipo de terapia -su grado de dificultad, riesgos, costos y posibilidades de implementación- con los resultados esperables. En otras palabras, algunos de los elementos que siempre deberían ser tomados en cuenta a la hora de juzgar la proporcionalidad de una intervención médica son:

- ❖ La utilidad o inutilidad de la medida.
- ❖ Las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios.
- ❖ El pronóstico con y sin la implementación de la medida.
- ❖ Los costos: físicos, psicológicos, morales y económicos.

Es importante destacar aquí que, al juzgar la utilidad o inutilidad de una determinada intervención mé-

dica, este juicio debe hacerse por referencia al beneficio global de la terapia y no sólo a los posibles efectos fisiológicos que ella sea capaz de inducir. Así, por ejemplo, no basta que un determinado tratamiento sea útil en términos de reducir o aumentar la presión arterial o el potasio en la sangre, si estos efectos no significan un beneficio real para la evolución global del paciente. En este sentido, vale la pena tener en cuenta que en la actualidad se están desarrollando diferentes modelos pronósticos basados en datos objetivos, que pueden brindar información importante para una mejor toma de decisiones (medicina basada en evidencias).

Como es lógico, el juicio de utilidad debe guardar también una cierta relación con los costos involucrados, entendiendo por costos no sólo los gastos económicos, sino también las cargas físicas, psicológicas, morales y/o espirituales que la implementación de una determinada medida pueda comportar para el paciente, para su familia y para el equipo de salud. En este sentido importa también la disponibilidad real de una determinada intervención y el

grado de dificultad que su aplicación conlleva.

Sin embargo, es necesario precisar aquí que emitir un juicio de proporcionalidad terapéutica no equivale al resultado de un mero cálculo costo/beneficio, como proponen algunos defensores del *Proporcionalismo*²³. La valoración moral de nuestros actos no puede ser reducida a un mero balance de sus consecuencias positivas y negativas. Existen actos, que -por su misma naturaleza- son siempre ilícitos. Ninguna buena consecuencia (social o económica, por ejemplo) podría justificarlos. En este sentido, podemos decir que el viejo aforismo médico “lo primero es no dañar” (*primum non nocere*) se encuentra hoy plenamente vigente. A nadie le está permitido matar o dañar en su integridad corpóreo-espiritual a una persona inocente. Por tanto, cuando proponemos aplicar un juicio de proporcionalidad en la toma de decisiones médicas, damos por entendido que las opciones que involucran una acción intrínsecamente mala quedan

La valoración moral de nuestros actos no puede ser reducida a un mero balance de sus consecuencias positivas y negativas.

absolutamente excluidas de este balance.

4.3 Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia

Es frecuente que los enfermos terminales presenten dolor intenso, dificultad para respirar o síntomas como ansiedad, agitación, confusión mental, etc. Para el manejo de estos síntomas muchas veces es necesario utilizar drogas como la morfina, que puede producir una baja en la presión arterial o una depresión respiratoria, u otros fármacos que reducen el grado de vigilia o incluso privan al paciente de su conciencia. No es infrecuente que el uso de este tipo de terapias genere dudas en la familia y/o en el equipo de salud. Se teme que los efectos negativos de estas intervenciones médicas puedan implicar una forma de eutanasia. Ante esta inquietud cabe recordar que existe un principio ético (voluntario indirecto o doble efecto) que señala las condiciones que deberían darse para que un acto

que tiene dos efectos -uno bueno y uno malo- sea lícito.

Estas condiciones son:

- ❖ Que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente.
- ❖ Que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino sólo tolerado.
- ❖ Que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo.
- ❖ Que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

Si aplicamos estos requisitos al tratamiento analgésico con drogas como la morfina vemos que, si lo que se busca directamente es aliviar el dolor (efecto bueno) habiendo agotado otras terapias que carecen de los efectos negativos mencionados, no habrían inconvenientes éticos en administrar morfina, puesto que las cuatro condiciones del voluntario indirecto se cumplen: se trata de una acción buena (analgesia), cuyo efecto positivo no es consecuencia de los efectos negativos, que sólo son tolerados cuando no hay otras alternativas eficaces de tratamiento. En estas condiciones, esta forma de terapia repre-

senta, por tanto, el mayor bien posible para ese paciente.

Con relación a la supresión de la conciencia, que es necesaria a veces en caso de pacientes muy agitados, por ejemplo, se aplica el mismo principio. Dado que las facultades superiores se consideran un bien objetivo de la persona, no es lícito privar a nadie de su conciencia, sin una razón justificada. Para que sea moralmente lícita, esta privación de conciencia tiene que obedecer a un motivo terapéutico proporcionado y no debe ser directamente querida, sino sólo tolerada.

4.4 Principio de veracidad (virtud de la veracidad)

La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, podríamos decir que, en general, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos (principio de beneficencia), pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones (principio de autonomía).

Sin embargo, en la práctica hay situaciones en las el manejo de

la información genera especial dificultad para los médicos. Ello ocurre especialmente cuando se trata de comunicar malas noticias, como son el diagnóstico de enfermedades progresivas e incurables o el pronóstico de una muerte próxima inevitable. En estas circunstancias, no es inusual caer en la tentación de tener una actitud falsamente paternalista, que nos lleve a ocultar la verdad al paciente. Se cae así, con alguna frecuencia, en el círculo vicioso de la llamada “conspiración del silencio” que, además de representar nuevas fuentes de sufrimiento para el paciente, puede suponer una grave injusticia (principio de justicia).

Lo anterior no excluye la necesidad de reconocer aquellas situaciones en las que podría ser prudente postergar la entrega de la información al paciente, en atención al principio de no-maleficencia, como podría ocurrir, por ejemplo, en el caso de pacientes con depresiones severas que aún no hayan sido tratadas. Por tanto, para que la comunicación de la verdad sea moralmente buena, se debe prestar siempre atención al qué, cómo, cuándo, cuánto, quién y a quién se debe

informar. En otras palabras, para el manejo de la información en Medicina Paliativa se han de aplicar con prudencia los cuatro principios básicos de la ética clínica: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

4.5 Principio de prevención

Prever las posibles complicaciones y/o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica es parte de la responsabilidad médica (deber de previsibilidad). Implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir en caso de que ellas se presenten permite, por un lado, evitar sufrimientos innecesarios al paciente y, por otro, facilita el no involucrarse precipitadamente en cursos de acción que conducirían a intervenciones desproporcionadas.

Cuando no se conversa oportunamente sobre las conductas que se adoptarán en caso de que se presenten, por ejemplo, complicaciones como hemorragias, infecciones, dificultad para res-

pirar, o incluso un paro cardio-respiratorio, es frecuente que se tomen malas decisiones, que después es muy difícil revertir.

4.6 Principio de no-abandono

Un último principio al que quiero hacer referencia aquí es el que algunos paliativistas han denominado principio de no-abandono. Este principio nos recuerda que, salvo casos de grave objeción de conciencia, sería éticamente reprochable abandonar a un paciente porque éste rechaza determinadas terapias, aún cuando el médico considere que ese rechazo es inadecuado. Permaneciendo junto a su paciente y estableciendo una forma de comunicación empática podrá, tal vez, hacer que el paciente recapacite, si ello fuera necesario.

Pero existe otra forma más sutil de abandono, frente a la que este principio ético quiere prevenirnos. Tenemos, en general, mala tolerancia para enfrentar el sufrimiento y la muerte. La atención de pacientes moribundos nos confronta, obligadamente, con estas realidades. Fácilmente podríamos caer en la tentación

de evadir su trato, que frecuentemente genera una sensación de impotencia. Esta tentación se ve reforzada por la mentalidad exitista imperante. Habrá que recordar, entonces, que incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces también consolar. El acompañamiento a pacientes moribundos nos recuerda, así, nuestro deber moral de aceptar la finitud propia de la condición humana y pone a prueba la verdad de nuestro respeto por la dignidad de toda persona, aun en condiciones de extrema debilidad y dependencia, tarea que no siempre resulta sencilla.

5 REFLEXIONES FINALES

Todo lo dicho me lleva a plantear que el modelo de atención que nos propone hoy la Medicina Paliativa podría representar un profundo cambio en la cultura médica contemporánea. Frente a la lógica del “*imperativo tecnológico*”²⁴, que con frecuencia nos lleva a considerar que es éticamente justificable -o incluso exigible- todo lo que es técnicamente posible, esta disciplina nos presenta un modelo de salud que podríamos denominar personalista, es decir,

un *ethos* profesional basado en un profundo respeto por la persona por lo que ella es y por su dignidad²⁵.

Este potencial renovador de la Medicina Paliativa sólo podría lograrse si esta disciplina no sucumbe ante el peligro inminente de transformarse en una técnica más -la técnica de controlar síntomas- sino que se mantiene fiel a la concepción global de la persona que estuvo en su origen. Para ello es necesario tener presentes aquellos principios éticos que resguardan la dignidad de la persona, incluso en condiciones de extrema debilidad, como suele ser la etapa final de la vida, y que pueden resumirse en dos actitudes fundamentales: respeto por la dignidad de la persona y aceptación de la finitud de la condición humana.

Pienso que estas actitudes son hoy necesarias para transformar nuestros estándares de atención médica, de acuerdo con lo expresado por la fundadora del movimiento *Hospice*:

Dos actitudes fundamentales: respeto por la dignidad de la persona y aceptación de la finitud de la condición humana.

Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras. (Cecily Saunders).

Notas

¹ JOCHEMSEN H. & KEOWN J.: *Voluntary Euthanasia Under Control? Further Empirical Evidence from the Netherlands*. Journal of Medical Ethics 1999; N° 25: pp. 16 - 21.

² Cf. SGRECCIA, E.: *Aspectos éticos de la asistencia al paciente moribundo*. Revista Humanitas, 1999, Año IV, n.15, pp. 435 - 450.

³ JOCHEMSEN H. & KEOWN J.: *Voluntary Euthanasia Under Control? Further Empirical Evidence from the Netherlands*. Journal of Medical Ethics 1999; N° 25: pp. 16 - 21.

⁴ En 1984 la *Royal Dutch Medical Association* propone tres condiciones para la llamada “eutanasia justificable”: 1° que la solicitud responda a una iniciativa libre y consciente del paciente; 2° que el paciente esté experimentando un sufrimiento inmanejable; y 3° que exista consenso de al menos dos médicos.

⁵ Utilizo aquí el término “paradigma” en el sentido acuñado por Kuhn, T.: *The Structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press: Chicago, 1962.

⁶ Introduzco aquí un término utilizado por Hans Jonas en su crítica a la medicina contemporánea. Cf. JONAS, H.: *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Frankfurt A. M.: Insel Verlag, 1979.

⁷ Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe: *Declaración sobre la Eutanasia*, 1980: AAS 72, p. 549.

⁸ Hago referencia aquí a la clásica distinción entre “actos del hombre” y “actos humanos”, distinción que pertenece a la tradición ética aristotélico-tomista. En este contexto, la expresión “acto humano” designa aquellos actos en los que interviene la libertad de la persona y que, por lo tanto, son objeto de estudio de la ética. Los llamados “actos del hombre”, aunque *ocurren* en la persona, no están sujetos al influjo de la libertad y no caen en el campo de estudio de la ética (ej. procesos fisiológicos, automatismos psicomotores, etc.). Para un análisis más detallado de esta distinción cf. WOJTYLA, K.: *Persona y Acción*. Biblioteca de Autores Cristianos: Madrid, 1982.

⁹ KÜBLER-ROSS, E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo, Barcelona, 1969. Las 5 fases de las reacciones emocionales descritas por esta psiquiatra son: 1º ira, 2º negación y aislamiento, 3º pacto o negociación, 4º depresión y 5º aceptación.

¹⁰ JONAS, H.: *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Insel Verlag, Frankfurt A. M., 1979.

¹¹ ENGELHARDT, H.T. Jr.: Traducción propia (P.T.) de un manuscrito inédito: “*If certain attempts to use high technology health care involve a distortion of the moral life and the idolatry of mere physical survival, then one would have established grounds for regarding some extraordinary or disproportionate care as morally dangerous to the life of the Christian.*”

¹² VIDAL M.: *Bioética. Estudios de bioética racional*. Tecnos, Madrid, 1994, p. 76.

¹³ BLANCO, L.G.: *Muerte digna. Consideraciones bioético-jurídicas*. Ad Hoc, Buenos Aires, 1997, p. 51.

¹⁴ BERMEJO J.: *Apuntes de Relación de Ayuda*. Madrid: Centro de Humanización de la Salud, 1996. Cf. También, del mismo autor: *Metodología y contenidos para una formación en relación de ayuda*. Educación Médica U.C. Anales de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. 1997, N°15/97, pp. 27-30.

¹⁵ ZYLICZ, Z. & JANSSENS, M.J.: “*Options in Palliative Care: Dealing with Those Who want to Die.*” *Bailliere's Clinical Anaesthesiology* 1998, 12; 1, pp. 121-131.

¹⁶ Estas cifras se basan en la frecuencia de síntomas encontrada en 300 pacientes terminales por el equipo del Dr. Hugo Fornells: ICO, Argentina (estudio inédito).

¹⁷ OMS: *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de expertos*. Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos 804: Ginebra, 1990, pp. 11-12.

¹⁸ o.c., p. 12.

¹⁹ ZYLICZ, Z. & JANSSENS, M.J.: “*Options in Palliative Care: Dealing with Those Who want to Die.*” *Bailliere's Clinical Anaesthesiology* 1998, 12; 1: pp. 121-131.

²⁰ Papa Pío XII, AAS 49, 1957.

²¹ Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud: *Carta de los agentes de la salud*. Ciudad del Vaticano, 1994, n.64.

²² Cf. Platón: *República*, 460b y Aristóteles: *Política*, VII, 1335b.

²³ Juan Pablo II: *Veritatis Splendor*, 1993, n.75, pp. 79-80.

²⁴ JONAS, H.: *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Insel Verlag, Frankfurt A.M., 1979.

²⁵ STYCZEN, T. *The ABC of Ethics*. Manus-

critico inédito, 1981: *“Persona est affirmanda propter seipsam et propter dignitatem suam”*.



Años al servicio de la vida

1959 - 2009