



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

TEMAS MEDICO - MORALESCONSIDERACIONES SOBRE EL CASO INCURABLE

Dr. Andrés Valdivieso D.

Llamaremos enfermo incurable, a aquél que presenta un cuadro clínico de diagnóstico seguro, y que terminará fatalmente, pues su tratamiento o se desconoce o es inaplicable.

Naturalmente caen en esta definición el accidente vascular cerebral de muy mal pronóstico o el canceroso irrecuperable, pero ella es relativa pues depende del estado actual del conocimiento médico; así es como han ido abandonando el grupo algunos cuadros de tratamiento más o menos exitoso (TBC, Diabetes compensada estable), y se han incorporado otros antes menos conocidos (Fibrosis pulmonar ideopática, etc.)

¿Qué dificultades médico-morales engendra este tipo de paciente? Las hay varias: la primera se refiere a los problemas relativos a la terapéutica a utilizar; otro problema importante es el de la información que debe recibir el enfermo sobre la naturaleza y pronóstico de la enfermedad; por otra parte, es frecuente que en este tipo de casos plantee la posibilidad de experimentación, sea en su propio beneficio inmediato o de otros casos semejantes algún día; finalmente siempre deben ser considerados (aunque no exclusivamente por el médico) los intereses espirituales que cada paciente tenga de acuerdo a sus creencias.

A continuación me refiriré sólo al primero de estos problemas, revisando la posición de algunos autores, y exponiendo el pensamiento de la Iglesia Católica sobre el tema.

1. TERAPIA A USAR EN UN CASO INCURABLE

1.1. Polémica sobre eutanasia:

El rol del médico frente a la prolongación de la vida constituye un problema antiguo. Ya los espartanos eliminaban a los niños defectuosos, considerándolos inútiles cargas para la sociedad. En el S.XVII, Francis Bacon, acuñó el término "Eutanasia", para referirse a la "muerte dulce", muerte destinada a terminar los sufrimientos. En este siglo, numerosos debates médicos, filosóficos y también parlamentarios reviven el interés por el problema. Hoy día, éste reviste especial importancia: la medicina moderna cuenta con medios elaborados y efectivos para prolongar la vida y la mayoría de los pacientes graves fallecen en manos de un equipo de salud, cuyas opiniones al respecto son muchas veces dispares, constituido por médicos cuya acción es evaluada y observada con interés.

Los partidarios de la Eutanasia defienden el "derecho" de los retardados o mentalmente deficientes, para no llevar una existencia miserable; del incurable para cortar sus sufrimientos y de la familia para aliviarse de una carga física, económica y sentimental a menudo insuportable. Prescindiendo de una visión religiosa, Y.Kamisar (1) ha expuesto fuertes argumentos contra la eutanasia. Salta a la vista el peligro de una muerte impuesta sin más al oligofrénico, anciano o incurable: el riesgo de errores y abusos es tan grande que una legislación permisiva sería impracticable.

Si bien lo anterior parece evidente, ante el caso individual nos encontramos con frecuencia en una decisión difícil: ¿instalaremos el respirador mecánico? o ¿cortaremos el ya instalado?. Muchas veces nos vemos obligados a asignar grados de valor a la vida individual; y con qué criterio?. Racionalmente no parece haber diferencia entre acelerar la muerte (cortar respirador), o no retrasarla (no instalarlo), pero con frecuencia no son actitudes equivalentes. Veamos algunas posiciones que definen el papel del médico en esas circunstancias.

2. ROL DEL MEDICO FRENTE A LA PROLONGACION DE LA VIDA

2.1. Defensores de "Luchar hasta el Final":

Franklin Epstein (2) partiendo del supuesto axiomático de que no hay otra vida después de la muerte, afirma que cortar el tratamiento (o en su defecto no instalarlo), contradice el deber básico del médico de preservar la vida y aliviar el dolor hasta el fin y agrega que no siendo el médico infalible (aunque las necesidades psicológicas del enfermo o la familia lo hipertrofien), puede considerar incurable a quien no lo es. Por otra parte, el único verdadero juez sobre la calidad de su vida es el enfermo mismo y nadie puede arrogarse ese derecho por buenas que sean sus intenciones. El contrato profesional es con la persona del paciente y no con su familia, quedando por lo tanto obligado sólo con él; los intensos dolores corrientemente ceden con analgésicos potentes y el cortar la terapéutica muchas veces lo aísla, y si está consciente lo deprime mucho más. Finalmente añade que si, como algunos opinan, prolongar la vida es realmente prolongar la muerte, ¿acaso desde que nacemos no estamos muriendo un poco?. Luego radicando la mayor dignidad en el deseo de vivir y como la vida tiene.

28 DIC 1995

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
BIBLIOTECA DE MEDICINA
Y CIENCIAS BIOLÓGICAS

10.

un valor incalculable por ser única, (no hay nada después) poca importancia comparativa tienen los gastos o sacrificios que signifique conservarla.

Hacen excepción a todo lo expuesto, casos obvios que requieren medidas irracionales (como transplantar a un gangrenoso) y las guerras y catástrofes.

2.2. "Morir como se desee"

(Eugene A. Stead Jr. Duke University) (3)

Este planteamiento parte de la premisa de que como el que muere es el Paciente, sólo a él debe reservársele el derecho de decidir las medidas terapéuticas a emplear. En otras palabras, no deben de haber normas rígidas; si el enfermo está lúcido discutirá sus posibilidades con el médico tratante; ¿ y el que está en coma ? . Se propone la existencia de un formulario que pueda llenarlo cualquier adulto sano y donde se exprese claramente la voluntad del sujeto enfrentado a una dolencia incurable. El médico, en todo caso, debe cumplir fielmente lo que allí se ordene y deben existir mecanismos institucionalizados que mantengan informada a la comunidad de los avances de la medicina y hagan operantes los deseos de la persona.

3. VISION CATOLICA DEL PROBLEMA

3.1. Vida del hombre creación de Dios:

- Dios Todopoderoso, creador del Universo, es Señor su premo y soberano. La vida de cada individuo es obra su ya y El posee absoluto dominio sobre ella. El nos ha concedido ese don y nos ha hecho custodios o administradores, pero no dueños absolutos de él.

- No a la Eutanasia: luego si nacen sujetos defectuosos: ¿quién es el hombre para decir que Dios se equivocó o que esos seres no debieran vivir? Pío XII (1951) (4) condenó a la Eutanasia diciendo: "la muerte aún por obra de la autoridad pública, de inocentes, que pueden ser inútiles para la nación a causa de defectos físicos o psíquicos, o también una dura carga, es contraria al derecho positivo, natural y divino y por con siguiente ilegal".

- Huelga decir que los defensores de la Eutanasia, no valoran demasiado el carácter sobrenatural del destino del hombre ni el papel del sufrimiento en la adquisición de la santidad.

3.2. Vida del hombre: su deber de conservarla:

- Nuestra obligación al respecto está estereotipada en lo contenido en la ley natural en su doble aspecto: negativa y afirmativa.

3.2.1. Ley natural "Negativa": los deberes que derivan de ella prohiben siempre, pues se refieren a acciones sustancialmente malas (suicidio p.ej.) que deben evitarse, pues todo acto inmoral nunca puede ser ejecutado aunque sea para evitar cualquier otro mal. De este principio se vale la Iglesia para establecer la gravedad invariable de la "muerte piadosa".

3.2.2. Ley natural "Afirmativa": ella se refiere a los actos buenos que hay que poner en práctica, sea para nuestro perfeccionamiento material o espiritual. Es menos rígida que la anterior pues:

- su obligación no es constante: p.ej. no hay que alimentarse siempre, sino de cuando en cuando.
- cesa de obligar cuando el cumplimiento del acto preceptuado trae consigo grave incomodidad

o resulta irracional. p.ej. la ambulancia no está obligada a detenerse en el semáforo siempre, o un minero de Chuqui en faena no está obligado a ayunar.

Sin conocer estas leyes, habitualmente nuestro "sentido común" nos dice que no estamos obligados a cumplir lo ordenado por la ley civil, eclesiástica o la ley positiva divina, cuando dicho cumplimiento implica una incomodidad grave.

- Medios Ordinarios y Extraordinarios:

Como guía para resolver el problema, la Iglesia ha distinguido entre medios "ordinarios" y "extraordinarios", sentando el principio siguiente: "el hombre está obligado a poner de su parte todos los medios ordinarios para conservar la vida, pero el uso de los medios extraordinarios es opcional". En otras palabras, si los recursos a usar son necesariamente extraordinarios, nuestra obligación de acuerdo a la ley "afirmativa" cesaría de obligar.

Como sucede a menudo, este principio claro en teoría, no es de fácil aplicación. ¿Qué son estos medios ?

Ordinarios: aquellas medicinas, tratamientos u operaciones de las que se espera racionalmente un beneficio para el paciente y que pueden ser obtenidos sin grandes gastos, dolores u otros inconvenientes por el estilo.

Extraordinarios: aquéllas que no pueden ser conseguidos sin grandes gastos, dolores o incomodidades parecidas, ya sea por parte del enfermo o de otras personas, o también medios que no ofrecen esperanza razonable de provecho para el enfermo. (Gerald Kelly) (5) (Healy E.F.) (6).

Se procurará utilizar al máximo de estos últimos en el paciente que no está espiritualmente preparado para morir y puede así lograrlo.

El Papa Pío XII (7), fue consultado en torno a este tema por los anestesiistas en los siguientes términos:

1º ¿Tiene derecho el anestesiista o está obligado a usar los respiradores mecánicos en todos los casos, aún en aquéllos que a juicio del médico, se consideran totalmente sin esperanza ?.

2º ¿Se tiene el derecho o la obligación de retirar el aparato cuando, después de varios días el estado de conciencia no mejora, mientras que, si se prescinde de él, la circulación se detendrá en pocos minutos ? ¿Qué es preciso hacer en este caso, si la familia del paciente, que ha recibido los últimos sacramentos, impulsa al médico a retirar el aparato ?.

La respuesta fue: "como estas formas de tratamiento sobrepasan los medios ordinarios a que se está obligado a recurrir, no se puede sostener que sea obligatorio emplearlos, y, en consecuencia, dar la autorización al médico. El médico, en efecto, no tiene, con respecto al paciente, derecho separado o independiente; en general, no puede obrar más que si el paciente le autoriza explícita o implícitamente (directa o indirectamente), y si parece que la tentativa de reanimación constituye para la familia una carga que en conciencia no se le puede imponer, ella puede lícitamente insistir para que el médico interrumpa sus tentativas y este último puede lícitamente acceder a ello. En este caso, no hay disposición directa de la vida del paciente ni eutanasia (que no sería lícita nunca); aún cuando lleve consigo el cese de la circulación sanguínea, la interrupción de las tentativas de reanimación no es nunca más indirectamente causa de la paralización de la vida y es preciso

aplicar en este caso el "principio de doble efecto y el de voluntario in causa". (Ver apéndice).

También bajo el principio de doble efecto, pueden usarse lícitamente drogas que alivian el dolor, aún a riesgo de que ellas puedan acortar la vida, "previsto que no hay otros recursos, y si, en las circunstancias dadas, la acción no impedirá de suyo el cumplir con otros deberes religiosos o morales". (8).

3.3 Respeto a la decisión del enfermo o su familia:

Un adulto, o su familia según el caso, tienen siempre el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento, teniendo por cierto, razones valederas para ello.

- Vale decir, si rechaza medios fundamentalmente ordinarios, dicho rechazo es lamentable, (equivale al suicidio) pero al mismo tiempo inviolable, y deberán hacerse los máximos esfuerzos para sacar al paciente del error y/o diagnosticar, tratar y prevenir adecuadamente las complicaciones de un cuadro psiquiátrico basal.

- Habitualmente los enfermos que se hospitalizan aceptan implícitamente el uso de recursos ordinarios: pero ello no autoriza al médico a usar sin más recursos extraordinarios, salvo en el paciente en coma y cuyos parientes o no existen o no están en condiciones intelectuales o emocionales, de decidirlo.

- Es nuestro deber grave, presentar objetivamente la situación a quien corresponda, aclarando que existen medios extraordinarios que podrían salvarlo y que estamos obligados a usar si el interesado (o quien lo represente) así lo desea, puesto que no se encuentran obligados siempre a hacer cosas que les pueden resultar física o moralmente imposibles de sobrellevar.

- Nótese que la doctrina expuesta difiere de la presentada 2.2. (" Morir como se desee ") puesto que el derecho absoluto del paciente de decidir las medidas a emplear, entraña el inaceptable riesgo de obligar al médico al empleo de medios que directamente acorten la vida del enfermo y que no cumplirán con el "Principio de doble efecto". Esto sin considerar otras dificultades de orden práctico que parecen importantes.

4. ALGUNAS APLICACIONES DE LO EXPUESTO

4.1. Medios extraordinarios quirúrgicos:

Ford y Drew (9), mencionan los siguientes factores a considerar frente a la cirugía radical:

- ¿está el paciente espiritualmente preparado para morir ?
- ¿lo estaría mejor si se prolongara su vida ?
- si se puede, valorar el deseo del paciente mismo de continuar o no su vida con medios quirúrgicos excepcionales.
- ¿cuál es la expectativa de vida y el grado de confort post operatorio versus el riesgo del procedimiento a usar ?
- ¿cuáles serán las consecuencias sobre la familia de la sobrevida del paciente ?
- El avance de la ciencia: sólo usar del medio terapéutico si el paciente explícitamente desea contribuir a la ciencia de ese modo y esto no afecta a su interés personal.

Al evaluar la cirugía del cáncer, Whipple (10) cita los siguientes considerandos: - riesgo de la enfermedad;

-riesgo operatorio; - probabilidad de curación y sobre vida; - probabilidad de aliviar los síntomas aunque sea temporalmente; y - capacidad del paciente de adaptarse a la deformidad que puede resultar de la terapia.

4.2. Medios extraordinarios no quirúrgicos:

Evidentemente el que una droga sea o no ordinaria cambia tanto como el conocimiento médico y es con frecuencia materia de probabilidades (fue exitosa en x% en diferentes series).

En un moribundo, hasta la alimentación endovenosa y el oxígeno pueden ser extraordinarios por inútiles, pero no nos resulta con frecuencia agradable suspenderlos. Las transfusiones sanguíneas, por ejemplo, casi siempre ordinarios, no lo serían en los Testigos de Jehová que las rechazan por razones religiosas. Al respecto el Padre John Ford (11) ha expuesto: "tratándose de un Testigo de Jehová", firmemente convencido, dado el estado erróneo de su entendimiento, este tal cometería un pecado mortal al someterse a una transfusión. En este caso no veo dificultad en admitir que para él, la transfusión sería un medio extraordinario de conservar la vida. No me parece contradictorio admitir, por una parte, un estado erróneo de su mente, considerado el aspecto objetivo, que a la vez constituya una excusa objetiva en cuanto a la obligación moral que actualmente liga su conciencia. La consecuencia en este caso es obvia: cuando el enfermo no está moralmente obligado objetivamente a hacer uso de un tratamiento y lo rehusa en el momento actual, el doctor no tiene la obligación de proporcionárselo; tampoco las autoridades del hospital se verían sometidas a esa obligación".

Personalmente, creo que deben realizarse los máximos esfuerzos para convencerlo de su error, y que es lícito

transfundirlo si está comprometido de conciencia, pues nadie puede descartar la posibilidad de haberlo conven-
cido.

En resumen, no hay definición universal de que constituya en un instante un medio u otro, ya que las circunstancias vienen a ser las determinantes finales. Nuestro esfuerzo debe dirigirse a mejorar tanto la calidad como la cantidad de vida, teniendo en cuenta que,

- por estar naturalmente sujetos a errar,
- por ser posible el descubrimiento reciente de un nue-
vo medicamento;
- por existir casos "incurables" que han regresado espontáneamente, (o incluso milagrosamente);
- por la utilidad sin par que puede tener un momento de lucidez desde el punto de vista espiritual;

siempre al médico puede parecerle más seguro y tranquilizador perder al paciente luchando activamente, que aplicando un "laissez faire". Pero existen al mismo tiempo buenas razones éticas para no obligarnos a esfuerzos irracionales, contrarios a la caridad y a la justicia.

A P E N D I C E
=====

"PRINCIPIO DE DOBLE EFECTO" (12)

En la acción médica y en la vida cotidiana se dan con cierta frecuencia casos en que una misma acción produce a la vez dos efectos: uno bueno y otro malo y con mucha razón médicos o enfermeras vacilarán antes de actuar preguntándose: ¿"Puedo proceder en tal acción lícitamente"?

Antes de exponer los principios morales que deben servir de guía en la solución de estos problemas, vamos a presentar un caso de este género.

Una mujer, embarazada de tres meses, es conducida al hospital con el útero canceroso. Es indispensable la eliminación del útero si se quiere salvar la vida de la mujer. Obviamente, esta operación causará la muerte del feto. ¿Puede el médico ejecutar tal operación? La respuesta es afirmativa y aplicaremos los principios morales que regulan tales casos a éste en concreto.

Para poder ejecutar lícitamente una acción de la que se ha de seguir necesariamente dos efectos, uno bueno y el otro malo, se requiere que se verifiquen a la vez cuatro condiciones. Si falta alguna de ellas la acción es ilícita.

1º La acción, de la que se han de seguir los dos efectos, debe ser una acción buena en sí misma, o al menos indiferente. Vale decir no puede ser un acto pecaminoso, pues, si lo fuera, se haría el mal para alcanzar el bien, lo cual nunca es lícito. Un fin bueno no justifica los medios malos. Apliquemos el principio al ejemplo: el acto es la

amputación del útero canceroso. El efecto bueno, es la pre-servación de la vida de la mujer. El malo es la pérdida de la vida del feto. Considerada en si misma, la eliminación del cáncer de la enferma, es al menos, un acto indiferente bajo el aspecto moral y puede muy bien ser considera-do como moralmente bueno, dado que con él se cumple con el deber de conservar la salud y la vida de una persona.

- 2° El buen efecto debe preceder al efecto malo, o al menos serle simultáneo. De ninguna manera el efecto bueno debe proceder del malo; esto sería hacer el mal para conseguir el bien. No se trata aquí de una precedencia temporal entre los efectos bueno y malo; se trata de una casualidad. Esto exige que el efecto bueno sea causado inme-diatamente por la acción buena o indiferente, y no mediante el efecto malo.

En el ejemplo, salvar la vida de la mujer, proviene inmediatamente de la remoción del útero canceroso. El malo (la muerte del feto) procede también, sin intermedio alguno, de la eliminación del tumor, pero es evidente que el efec-to bueno no resulta del malo, pues la vida de la mujer no se salva porque el feto perece, sino porque se elimina el útero enfermo. El segundo requisito se cumple.

- 3° El fin que se propone el agente debe ser la consecución del efecto bueno; nunca y de ninguna manera se ha de intentar el efecto malo. Esto se verifica plenamente en el caso considerado. Si no se opera, tanto la madre como el niño morirán. La intención es salvar la vida de la madre sin que se pretenda la muerte del niño. Es verdad que se prevé esta muerte y se lamenta, pero queda fuera de la intención que se tiene al operar a la madre.

- 4° El efecto bueno debe ser equivalente, al menos, en importancia, al efecto malo. No puede permitirse que una acción dé lugar a un mal grave, simplemente para hacer posible que

resulte un bien de poca monta comparado con aquél. En este caso media una relación proporcional perfecta entre los dos efectos: la vida de la madre es equivalente a la del niño. No se cumpliría este requisito, por ejemplo, si se interviniese sobre el útero grávido miomatoso (en un tercer mes de embarazo), ya que la operación inmediata no produce ningún bien notable que no pueda ser obtenido con la operación aplazada que se acompañará de un parto prematuro.

De este mismo principio, que hemos aplicado a un caso relativamente simple, debemos valernos al decidir el empleo de medios extraordinarios en los casos que así proceda. Reconozco que su aplicación puede ser difícil, pero intertarlo es ya meritorio, pues refleja un actuar fundado en la razón y no espontáneo o simplemente irracional.

B I B L I O G R A F I A

1. Kamisar, Y. Some non religious views againts proposed "mercy killing" legislation, Minnesota Law Rev. 42:960-1042 May 1958.
2. Epstein Franklin. Controversias en Medicina Interna. Saunders 1974.
3. Stead Eugene A. Controversias en Medicina Interna. Saunders 1974.
4. Papa Pío XII. Comunicación 29 de Octubre de 1951.
5. Kelly G. S.J. Medico-Moral Problems. Vol. 6, p.11.
6. Healy, E.F. S.J. Moral Guidance, p. 147-149, Loyola Univ. Press Chicago, 1960.
7. Papa Pío XII. An allocution delivered to an International Congress of Anesthesiologists. Nov. 24, 1957, Acta Apostolicae Sedis. 49:1027-1033, 1957.
8. Papa Pío XII. The morality of pain prevention, Catholic Mind p. 260-278, May-June, 1957.
9. Ford, J.G. y Drew, J.E. Advising radical surgery: A problem in medical morality, JAMA, 151: 711-716, Feb. 28, 1953.
10. Whipple, A.O. Radical surgery in the treatment of cancer, Ann Surg., 131: 812-818, June 1950.
11. John Ford: S.J. Linacre Quartely. Feb. 1955
12. Mc.Fadden Charles J. Etica y Medicina. Edit. Studium 1958
13. Laforet E.G. "The Hopeless Case" X International Congress of Catholic Physicians. London 1962, 1° Vol. p.125.
14. Ayd F.J. The Hopeless Case. Medical-Moral Considerations X International Congress of Catholic Physicians 1962.p.98