

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Dimensión ética del morir

Dra. Paulina Taboada Rodríguez

Prof. Auxiliar, Dpto. de Medicina Interna y Centro de Bioética,
Pontificia Universidad Católica de Chile

*Srtas. Alejandra Rodríguez Ugarte y Magda Vercellino Bertucci

Introducción

Delante del misterio de la muerte las certezas humanas vacilan, el enigma de la condición humana se hace supremo, nos sentimos impotentes **(1)**. La realidad del sufrimiento y de la muerte plantea una paradoja en la vida del hombre. Así, para la *Filosofía del absurdo* de A. Camus, por ejemplo, la realidad de la muerte representa uno de los principales polos en la insoluble contradicción inherente a la vida humana. Tenemos ansias de inmortalidad y, sin embargo, sabemos que inevitablemente vamos a morir. Nuestra naturaleza racional se resiste frente a esta certeza. 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. Ella afirma un aspecto de nosotros que se ve negado por otros aspectos de nuestra misma naturaleza. La estructura interna de la persona parece, entonces, afirmar y negar al mismo tiempo su dignidad. Y en Lógica se dice que de una contradicción cualquier conclusión puede ser extraída. En consecuencia, desde la perspectiva de lo aparentemente absurdo y contradictorio de nuestra condición humana quedaría a nuestro arbitrio la postura que queramos adoptar: una postura optimista, que se queda con la cara positiva de nuestra naturaleza y afirma que la persona posee una dignidad incluso frente a la inevitabilidad de la muerte, o una postura pesimista, según la cual el hombre no sería más que un "ser para la nada" (nihilismo). ¿Es posible resolver esta paradoja? ¿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 estas interrogantes. Comenzaré refiriéndome al así llamado "derecho a una muerte digna", analizando las diversas acepciones que esta expresión ha tomado en la actualidad. Luego expondré brevemente la respuesta que la medicina paliativa ha dado a esta problemática. Para comprender adecuadamente la respuesta de la medicina paliativa, será necesario reflexionar sobre lo que significa entender el acto de morir como un "acto humano". En este contexto enunciare algunos principios morales que nos permiten resguardar la dimensión ética del morir humano. Finalmente, concluiré estas reflexiones proponiendo algunas actitudes que resultan fundamentales en la atención a los pacientes moribundos y cuyo desarrollo podría representar un verdadero cambio en el paradigma médico imperante, conduciéndonos desde una medicina dominada por la lógica del "imperativo tecnológico" **(2)** hacia una Medicina auténticamente personalista.

1. El "derecho a morir con dignidad"

La idea 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 este incluye el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, basándose en una concepción

particular del respeto a la libertad individual o autonomía del paciente. Es así como se afirma 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 real con pacientes en situaciones límite nos lleva a comprender la problemática existencial que subyace a las solicitudes de eutanasia y de asistencia al suicidio.

Sin embargo, es necesario tomar conciencia de la falacia que encubren estos argumentos. Las estadísticas actualmente disponibles en Holanda **(3)** -primer país en despenalizar la eutanasia- muestran que, después de una primera etapa en 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 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. Se pone así en evidencia la conveniencia de evaluar la eutanasia en términos de un cálculo de costo/beneficio. Frente a una vida sufriente, terceros decidirían dar muerte a esa 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 virtuoso en sí **(4)**. No es difícil percibir en este tipo de razonamiento el peligro de caer en la lógica que significó el exterminio de aproximadamente 6 millones de personas durante el período eugenésico de la Alemania nacionalsocialista.

Esta idea de que la muerte podría constituir un alivio para una vida condenada a horribles sufrimientos no es nueva. La encontramos ya en la cultura griega poéticamente expresada, por ejemplo, en el mito del Centauro Quirón, a quien el dios Apolo regaló el don de la mortalidad, después de que en una batalla con otros centauros, estos le infligieran 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 aun 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 Rimmelick (Sept. '91) **(5)**. 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 Holandés **(6)**. Por otro, 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 terapéuticas paliativas que ofrecer a los pacientes, pero estos 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.

2. La respuesta de la medicina paliativa

Estas evidencias empíricas plantean la necesidad 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. Tradicionalmente han sido estos los fenómenos que han inspirado la práctica médica, que -desde sus orígenes- se ha concebido como una relación de ayuda al que sufre (7). Lo que siempre se nos ha pedido a los médicos es que, atentos al sufrimiento de una persona, apliquemos todas nuestras capacidades y la ciencia disponible para aliviar al que sufre. Por tanto, para un galeno 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 artículo reciente, Zyliczv (8), 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 similares (9). 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 "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 enfermo... La atención paliativa del enfermo exige una metodología de equipo" (10).

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 que les permita vivir un proceso de reconciliación y de apertura a la esperanza de un encuentro amoroso con Dios. Como es lógico, la familia se considera parte importante de este equipo terapéutico; a ella se la educa para que pueda asumir un rol activo en el cuidado de la persona enferma, que -siempre que sea posible- se procura otorgar dentro del propio hogar. El acompañamiento en el duelo es también parte de la medicina paliativa. Así, citando el informe de un Comité de expertos de la OMS (11) podemos resumir los objetivos de los cuidados paliativos en:

- "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 y educar a la familia. 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 citado (12), 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.

3. El acto de morir como un "acto humano"(13)

De acuerdo con la tradición cristiana, el derecho a morir con serenidad y dignidad se considera parte constitutiva del derecho a la vida (14). Sin embargo, sabemos que esta tradición rechaza el recurso a la eutanasia y al suicidio asistido. Ello implica que el significado que los cristianos atribuyen al "derecho a morir con dignidad" se distingue radicalmente del propuesto por los defensores de la eutanasia. En efecto, cuando la Iglesia Católica defiende el derecho a una "muerte digna" se refiere al derecho a "vivir humana y cristianamente la (propia) muerte" (15). En otras palabras, los cristianos defienden el derecho a "morir bien" en el sentido moral de esta

expresión. Ello supone afirmar que ante la inevitabilidad de la muerte cabría un cierto ejercicio de nuestra libertad, puesto que sin libertad no hay moralidad y no se podría hablar de morir bien o mal en un sentido moral. Por tanto, la muerte no puede ser considerada como un fenómeno meramente pasivo, que ocurre en nosotros y frente al cual permanecemos -por así decirlo- *impotentes* ("acto del hombre"). Por el contrario, el acto de morir es considerado como un "acto humano", es decir, como un acto libre y meritorio: podemos morir bien o mal, en sentido moral. Y como la moral cristiana postula que existe una estrecha relación entre el obrar moral y la vida eterna (16), se comprende la importancia capital que tiene para los cristianos el vivir y morir "bien". De ahí la tradicional práctica piadosa de rezar por una "buena muerte".

Pero ¿qué es para un cristiano una buena muerte? La respuesta no puede venir sino de la contemplación del único modelo válido para el cristiano: la Persona de Cristo. Debemos fijarnos, entonces, en la muerte de Cristo para aprender cuál ha de ser nuestra actitud ante la muerte inminente. La estructura de las siete palabras de Cristo en la Cruz nos revelan lo que es la buena muerte cristiana (Lc 23, 33 - 46; Jn 19, 25 - 30). Las tres primeras describen la necesidad de Cristo de morir derramando luz en torno a sí. En ellas pide perdón para los que le crucifican, abre las puertas de la Salvación a uno de los crucificados con Él y entrega a los hombres el regalo de su Madre. Con su muerte confirma y da testimonio personal de lo que ha sido su forma de vida y su doctrina: olvido de sí y entrega a hacer el bien a los demás, incluso a los que se presentan a sí mismos como sus enemigos. A esas palabras siguen otras dos que describen sus sufrimientos en esa hora: el vértigo moral de su desgarradora soledad y el sufrimiento de la sed. Finalmente, las dos últimas palabras, que preceden inmediatamente a su muerte y describen la total paz que le habita. Después de haber experimentado la soledad más radical, puede, por fin, volver al diálogo con su Padre, diálogo que fue siempre el centro absoluto de su vida.

De un hombre que muere joven -a los 33 años- solemos decir que murió prematuramente. Sin embargo, la vida y la muerte de Cristo son ejemplo de un destino realizado plenamente. La vida de Jesús es una vida llena; muere cuando todo está consumado, todo cumplido (Jn 19, 30). Con su muerte nos da ejemplo de que, en cualquier punto de la vida, es posible hacer de la muerte la máxima manifestación de la entrega de sí mismo. Si la capacidad de trascendencia es una característica esencial de la persona humana, Cristo nos da ejemplo de que la muerte puede ser vivida como el más sublime acto de entrega de sí mismo, es decir, como la máxima manifestación de trascendencia, que es el amor. Pero solo puede entregarse algo que se posee. Podemos decir, entonces, que se puede hacer de la muerte un acto libre en la medida en que no la vivimos pasivamente, como algo que ocurre en nosotros contra nuestra voluntad, sino como un acto positivo de entrega y de abandono en la Voluntad de Dios. Ello supone llegar a esa actitud interior de aceptación, que la psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross describió como la quinta fase de las reacciones emocionales observadas en los pacientes moribundos (17).

Reflexionar sobre el significado cristiano de la "buena muerte" pone en evidencia que, para comprender lo que una persona considera morir bien, se deben tomar en cuenta 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 significar, por ejemplo, que en algunos casos 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 -llamada "obstinación terapéutica" o "ensañamiento terapéutico"- es rechazada por la Iglesia, como algo "contrario a la dignidad del que está expirando y al deber moral de aceptar la muerte" (18). De acuerdo con la tradición cristiana, el respeto por la dignidad del que muere exige proteger a la persona de "un tecnicismo que arriesga en convertirse en abusivo" (19). Y es de todos sabido 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" (20). Verse envuelto 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. Así, H.T. Engelhardt Jr., citando al Papa Pío XII, plantea que el recurso a la tecnología avanzada con el propósito de prolongar la vida podría representar un "peligro moral" para los cristianos (21).

Todo lo anterior nos lleva a plantear que la expresión "derecho a morir con dignidad" -como dice Marciano Vidal (22) -"no ha de entenderse como una formulación de un *derecho*, 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. Blanco 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 misterio humano-religioso de la muerte; la asistencia religiosa cobra en tales circunstancias un relieve especial" (23).

Desde esta perspectiva, podríamos decir que la muerte de Cristo fue tremendamente indigna, considerando el trato que la sociedad le dio, pero sumamente digna, si miramos la actitud personal que Él asumió frente a un trato injusto. Parece necesario, entonces, tener presentes algunos principios morales que nos permitan resguardar esta dimensión ética del morir humano, respetando el "derecho a una muerte digna" según lo que hemos propuesto.

4. Principios éticos en medicina paliativa

Si pretender hacer un listado exhaustivo, me referiré aquí concretamente a cinco principios éticos, que me parecen especialmente relevantes en la atención de pacientes terminales. Ellos son

el principio de veracidad, de proporcionalidad terapéutica, del doble efecto, de prevención y de no abandono.

a) Principio de 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 que 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, p.ej., 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.

b) Principio de proporcionalidad terapéutica

Aceptar que nadie está obligado a utilizar todas las intervenciones médicas actualmente disponibles, sino solo 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 (Papa Pío XII, AAS 49, 1957) ha propuesto la distinción entre medidas *ordinarias* y *extraordinarias*, doctrina que hoy se conoce mejor como *principio de proporcionalidad terapéutica* (24). 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 juzgen como proporcionadas, pues ello podría representar una forma de eutanasia por omisión.

Cabría señalar aquí que esta idea de la necesidad de que exista una cierta proporcionalidad entre las medidas médicas que se implementen y los resultados previsible 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 solo lograrán prolongar los sufrimientos (25). Los médicos griegos aprendían a reconocer aquellas situaciones en las que la naturaleza 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.

Ahora bien, en lo concreto, 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, los elementos que siempre se deberían tomar 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.

Habría que destacar aquí la importancia de realizar el juicio sobre la utilidad o inutilidad de una determinada intervención por referencia al beneficio global de la terapia y no solo a los posibles efectos fisiológicos. 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 lo más objetivos posibles, 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 solo 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 tener en cuenta que emitir un juicio de proporcionalidad terapéutica no equivale al resultado de un mero cálculo costo/beneficio, como proponen hoy los defensores del *Proporcionalismo* (26). 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 absolutamente excluidas de este balance.

c) 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 (llamado "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 solo tolerado;
- Que el efecto bueno no dependa del malo como en su causa inmediata y necesaria;
- 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 habría 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 solo son tolerados cuando no hay otras alternativas eficaces de tratamiento. En estas condiciones, esta forma de terapia representa, por tanto, el mayor bien posible para ese paciente.

En relación con 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 solo tolerada.

d) 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 respirar, o incluso un paro cardiorrespiratorio, es frecuente que se tomen malas decisiones, que después es muy difícil revertir.

e) 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 este rechaza determinadas terapias, aun 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 este 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" (27), 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 dignidad (28). Este potencial renovador de la medicina paliativa solo 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":

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

* Ayudantes-alumnas del Proyecto "El derecho al bien morir y el concepto de muerte digna" (Proyecto DIPUC N° 98-II/ 16 CE).

1 Juan Pablo II: *Discurso a los participantes al Congreso internacional sobre la asistencia a los moribundos*, OssRom 18 marzo 1992, N° 1: "de cara a la muerte el enigma de la condición

humana se hace supremo.[...] Delante del misterio de la muerte se permanece impotente; vacilan las certezas humanas."

2 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

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

4 Cf. Sgreccia, E.: *Aspectos éticos de la asistencia al paciente moribundo*. *Revista Humanitas*, 1999, Año IV, N° 15, p. 435 - 450.

5 Jochemsen H. & Keown J.: *Voluntary Euthanasia Under Control? Further Empirical Evidence from the Netherlands*. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 16 - 21.

6 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.

7 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, 27-30.

8 Zylicz, Z. & Janssens, M.J.: *"Options in Palliative Care: Dealing with Those Who want to Die."* *Bailliere's Clinical Anaesthesiology* 1998, 12; 1: 121-131.

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

10 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, p. 11-12.

11 O.c., p.12.

12 Zylicz, Z. & Janssens, M.J.: *"Options in Palliative Care: Dealing with Those Who want to Die."* *Bailliere's Clinical Anaesthesiology* 1998, 12; 1: 121-131.

13 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.

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

15 Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud: *Carta de los agentes de la salud*. Ciudad del Vaticano, 1994, Nú 119.

16 Juan Pablo II: *Veritatis Splendor*, 1993, Nú 28.

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

18 Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud: *Carta de los agentes de la salud*. Ciudad del Vaticano, 1994, Nú 119.

19 Cf. Declaración sobre la Eutanasia 1980 (citada), p. 549

20 Jonas, H.: *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Insel Verlag, Frankfurt a.M., 1979

21 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.*"

22 Vidal M.: *Bioética. Estudios de bioética racional*. Tecnos, Madrid, 1994, p. 76.

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

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

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

26 Juan Pablo II: *Veritatis Splendor*, 1993, Nú 75, 79 - 80.

27 Jonas, H.: *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Insel Verlag, Frankfurt a.M., 1979

28 Styczen, T. *The ABC of Ethics*. Manuscrito inédito, 1981: "*Persona est affirmanda propter seipsam et propter dignitatem suam*".