

El derecho

a morir con dignidad

Documentos



Dra. Paulina Taboada R.

EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD 1

Dra. Paulina Taboada R.
Profesor Auxiliar, Pontificia Universidad Católica de Chile
Centro de Bioética y Depto. Medicina Interna, Facultad de Medicina

Correspondencia: Dra. Paulina Taboada R., Centro de Bioética, P. Universidad Católica de Chile, Casilla 114-D, Correo Central 1, Santiago-Chile. E-mail: ptaboada@med.puc.cl

RESUMEN

Partiendo de una reflexión sobre los significados divergentes que se atribuyen hoy al llamado “derecho a morir con dignidad”, el trabajo se detiene a analizar la respuesta que ofrece la Medicina Paliativa al debate contemporáneo sobre el final de la vida humana. Luego de revisar las estadísticas actualmente disponibles en Holanda – primer país en despenalizar la eutanasia - la autora expone la solución que ha dado la Medicina Paliativa a la problemática de la “muerte digna”. Para comprender adecuadamente esta respuesta, se hace necesario entender el acto de morir como un “acto humano”. En ese contexto la autora menciona cinco principios morales que considera especialmente relevantes para resguardar la dimensión ética del morir. Ellos son el principio de veracidad, de proporcionalidad terapéutica, del doble efecto, de prevención y de no-abandono. El trabajo concluye con una invitación a cambiar el actual paradigma médico, pasando de una medicina dominada por la lógica del “imperativo tecnológico” hacia una “medicina personalista”.

PALABRAS CLAVE

Muerte digna; Derecho a una muerte digna; Muerte y moribundos; Atención a moribundos; Enfermo terminal; Final de la vida; Medicina Paliativa; Obstinación terapéutica; Eutanasia; Actitudes sociales ante la muerte; Bioética.

1. INTRODUCCION

1 El presente trabajo es fruto de un proyecto de investigación interdisciplinario que contó con el financiamiento de la Dirección de Investigación y Posgrado de la P. Universidad Católica de Chile (DIPUC). Proyecto 98-II/16 CE: “El derecho a morir con dignidad y el concepto de muerte digna .“

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 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.

El presente trabajo, luego de revisar las estadísticas actualmente disponibles en Holanda, primer país en despenalizar la práctica de la eutanasia, plantea la respuesta alternativa ofrecida por la Medicina Paliativa a la problemática de la “muerte digna”. Esta respuesta presupone un abordaje integral de la persona, en sus diferentes dimensiones: física, psicológica, espiritual y social. Ella supone, además, considerar el acto de morir como un “acto humano”. En este contexto surgen algunos principios morales que parecen ser especialmente relevantes en la atención de pacientes moribundos, pues permiten resguardar la dimensión ética del morir. La conclusión del trabajo es que la Medicina Paliativa podría ofrecer un modelo de atención en salud con un potencial innovador, capaz de conducir a la medicina contemporánea a un cambio de “paradigma”²: desde una medicina dominada por la lógica del “imperativo tecnológico”³ hacia una medicina verdaderamente personalista.

2. LA “MUERTE DIGNA” Y EL DESEO DE CONTROLAR LA MUERTE

La idea 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 arrojarse 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 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 (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

2 Utilizo aquí el término “paradigma” en el sentido acuñado por Kuhn (4).

3 La expresión “imperativo tecnológico” es de H. Jonas (5)

Holandés.⁴ 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 terapéuticas 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.

Las estadísticas actualmente disponibles en Holanda (1) muestran que después de una primera etapa en la 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, poniendo 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 virtuoso, como afirma Sgreccia (2). 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.

3. EL MORIR COMO UN “ACTO HUMANO”⁵

De acuerdo con la tradición judeo-cristiana, el derecho a morir con dignidad es parte constitutiva del derecho a la vida.⁶ Sabemos que esta tradición rechaza el recurso a la eutanasia y al suicidio asistido. Esto implica que el significado que se atribuye al concepto “morir con dignidad” dentro de esta tradición se distingue radicalmente del propuesto por los defensores de la eutanasia. En efecto, lo que aquí se entiende por “derecho a una muerte digna” es el derecho a vivir (humanamente) la propia muerte. Esta afirmación lleva implícita la idea que ante la inevitabilidad de la muerte cabría un cierto ejercicio de nuestra libertad. La muerte no podría ser considerada como un fenómeno meramente pasivo, que ocurre en

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 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. Wojtyła (6).

6 Este concepto se encuentra expresado, por ejemplo, en la **Declaración sobre la Eutanasia** (7) de la Iglesia Católica.

nosotros y frente al cual permanecemos – por así decirlo - impotentes (“acto del hombre”), sino como un “acto humano”, 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. Por tanto, en relación a nuestra propia muerte, lo único que podría estar sujeto a la libertad es la actitud que adoptemos ante ella. En este sentido, la descripción de los diferentes tipos de reacciones emocionales observadas por la psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross (7) en los pacientes moribundos resulta interesante.⁷ De acuerdo con esta observación, no siempre es fácil para los pacientes llegar a una actitud interior de aceptación, que les permita morir en paz. Por otro lado, es evidente 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 (8), 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 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 – conocida como “obstinación terapéutica” o “ensañamiento terapéutico” - es rechazada por la mayoría de los eticistas como contraria a la dignidad de la persona. 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 (2) denominó “imperativo tecnológico”. 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. H.T. Engelhardt Jr.⁸ plantea que el recurso a la tecnología avanzada con el propósito de prolongar la vida podría representar un verdadero “peligro moral”.

Con Marciano Vidal (9, p. 76) proponemos que la expresión “derecho a morir con dignidad” no se entienda 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 (10, p. 51) 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;

7 Las 5 fases de las reacciones emocionales descritas por la psiquiatra suiza E. Kübler-Ross son: 1° ira, 2° negación y aislamiento, 3° pacto o negociación, 4° depresión y 5° aceptación.

7 Engelhardt, H.T., Jr. (manuscrito en vías de publicación): *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.*”

- 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.”

4. LA RESPUESTA DE LA MEDICINA PALIATIVA

La medicina se ha concebido tradicionalmente como una “relación de ayuda” al que sufre.⁹ 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 aliviarla. Por tanto, para un médico conocer las razones por las que una persona solicita la eutanasia o la asistencia al suicidio, debería suponer un estímulo para desarrollar estrategias adecuadas para combatir 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 hospicio *St. Christopher* en Londres por Cecily Saunders (13, 14, 15, 16) 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 pedir la eutanasia. En un artículo reciente, Zylicz (17), 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.¹⁰ 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 (18, p.11-12) define como “la atención activa y completa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento

⁹ El concepto de la relación médico-paciente como una “relación de ayuda” ha sido ampliamente desarrollado por Bermejo (11, 12).

¹⁰ Estas cifras se basan en la frecuencia de síntomas encontrados en 300 pacientes terminales por el equipo del Dr. Hugo Fornells: ICO, Argentina (estudio inédito).

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 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 OMS (18, p.12) 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 (13) en el artículo citado anteriormente, 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.

5. PRINCIPIOS ETICOS RELEVANTES EN MEDICINA PALIATIVA

Si pretender hacer un listado exhaustivo, me referiré a cinco principios éticos(18), que me parecen especialmente relevantes en la atención de pacientes terminales, si se quiere respetar la dimensión ética del morir. 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 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 – especialmente en los países latinoamericanos - caer en la tentación de tener una actitud falsamente paternalista, que nos lleve a ocultar la verdad al paciente. Se entra 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 que existen 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 adecuadamente 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, guiados por la virtud de la prudencia.

b) 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 (19) ha propuesto la clásica distinción entre medidas “ordinarias” y medidas “extraordinarias”, doctrina que hoy se conoce mejor como principio de proporcionalidad terapéutica (20). Sin embargo, la idea de una debida proporcionalidad en las medidas médicas no es algo propio de la Iglesia Católica. Ya en la Antigüedad greco-romana encontramos testimonios de filósofos - como Platón (21) o Aristóteles (22) - que enfatizaban lo inadecuado que resultan aquellos esfuerzos médicos que sólo lograrán prolongar los sufrimientos. 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.

El principio de proporcionalidad terapéutica 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 en un determinado paciente, se debe realizar un juicio de proporcionalidad. La relevancia moral de este juicio estriba en que sería moralmente ilícito

omitir aquellas intervenciones médicas que se juzguen como proporcionadas; ello representaría una forma de eutanasia por omisión (la mal llamada “eutanasia pasiva”).

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 el juicio acerca de la proporcionalidad de una determinada intervención médica debe hacerse por referencia al beneficio global de la terapia y no sólo en relación 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, 23). Como es lógico, el juicio de proporcionalidad incluye también la evaluación de los costos involucrados, entendiendo por costos no sólo los gastos económicos, sino también todas aquellas 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, puede decirse que también consideraciones sobre la disponibilidad actual de una determinada medida en el lugar donde se está prestando la atención y/o sobre el grado de dificultad que su aplicación conllevaría, forman parte de la evaluación de los “costos” en sentido amplio.

Sin embargo, parece necesario precisar aquí que emitir un que un juicio de proporcionalidad terapéutica no equivale al resultado de un mero cálculo costo/beneficio, como proponen algunos defensores del Proporcionalismo.¹¹ 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. A nadie le está permitido matar o dañar en su integridad corpóreo-espiritual a una persona inocente. En este sentido, podemos decir que el viejo aforismo médico “lo primero es no dañar” (*primum non nocere*) se encuentra aún plenamente vigente. 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

¹¹ Para un análisis de los problemas del Proporcionalismo, en cuanto corriente ético-filosófica contemporánea, sugiero revisar Juan Pablo II (24).

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 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 habría inconvenientes éticos en administrar morfina, puesto que las cuatro condiciones del voluntario indirecto se cumplen: se trata de una acción buena (analgésica), 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 representa, por tanto, el mayor bien posible para ese paciente.

En 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.

e) 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 cardio-respiratorio, es frecuente que se tomen malas decisiones, que después es muy difícil revertir.

f) 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

objección de conciencia, sería éticamente reprobable 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 existista 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, aún en condiciones de extrema debilidad y dependencia, tarea que no siempre resulta sencilla.

6. 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”, 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.¹² 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 de los *hospices* :

“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.” (Cicely Saunders).

¹² Styczen (25) propone que la norma moral más básica y universal es: “*Persona est affirmanda propter seipsam et propter dignitatem suam*”

BIBLIOGRAFIA

1. Jochemsen H. & Keown J.: **Voluntary Euthanasia Under Control? Further Empirical Evidence from the Netherlands**. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 16 - 21.
2. Sgreccia, E.: **Aspectos éticos de la asistencia al paciente moribundo**. *Revista Humanitas*, 1999, Año IV, N° 15, p. 435 – 450.
3. Kuhn, T.: **The Structure of Scientific Revolutions**. University of Chicago Press: Chicago, 1962.
4. Jonas, H.: **Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation**. Frankfurt a.M.: Insel Verlag, 1979
5. Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe: **Declaración sobre la Eutanasia**, 1980: AAS 72, p.549.
6. Kübler-Ross, E.: **Sobre la muerte y los moribundos**. Grijalbo, Barcelona, 1969.
7. Laín Entralgo, P.: **Antropología Médica**. Salvat, Barcelona, 1958.
8. Vidal, M.: **Bioética. Estudios de bioética racional**. Tecnos, Madrid, 1994, p. 76.
9. Blanco, L.G.: **Muerte digna. Consideraciones bioético-jurídicas**. Ad Hoc, Buenos Aires, 1997, p. 51.
10. Bermejo, J.: **Apuntes de Relación de Ayuda**. Madrid: Centro de Humanización de la Salud, 1996.
11. Bermejo, J.: **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.
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. Saunders, C.: **St. Christopher’s Hospice**. *Nursing Times*, 1967 (28 July): 988-9.
14. Saunders, C.: **A Personal Therapeutic Journey**. *British Medical Journal*, 1996; 313: 274-5.
15. Saunders, C.: **Foreword**, in Doyle D.; Hanks G.W.C. and MacDonald N.: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press: Oxford, 1998.
16. Saunders, C. & Kastenbaum, R.: **Hospice Care on the International Scene**. Springer: New York, 1997.

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, p. 11-12.
18. Randall, F. & Downie, R.S.: **Palliative care Ethics. A Good Companion.** Oxford Medical Publications: Oxford, 1996.
19. Papa Pío XII, AAS 49, 1957.
20. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud: **Carta de los agentes de la salud.** Ciudad del Vaticano, 1994, n. 64.
21. Platón: **República**, 460b.
22. Aristóteles: **Política**, VII,1335b.
23. Evidence-Based Medicine Working Group: **Evidence-Based Medicine. A new Approach to Teaching the Practice of Medicine.** JAMA 1992; 268: 17, 2420-2425.
24. Juan Pablo II: **Veritatis Splendor**, 1993, n. 75, 79–80.
25. Styczen, T. **The ABC of Ethics.** Manuscrito inédito, 1981.