



Lic. Daniel Acosta; Lic. Alicia Grichener; Lic. Teresa Opisso

Licenciada en Psicología (UdeMM)

Aspectos bioéticos hacia el final de la vida

Este trabajo se centra en una lectura de las ciencias médicas según pautas humanísticas. Se plantean los 4 principios de la bioética (principio de no maleficiencia, beneficiencia, autonomía y justicia). La bioética instauro como principio supremo el respeto por la dignidad humana, obligando a un replanteo de prácticas, investigaciones, metodologías, decisiones y tecnologías implicadas en las ciencias médicas y biológicas. Los cuidados paliativos plantean problemas bioéticos acerca de la toma de decisiones cuando la vida se extingue y la medicina ha agotado sus recursos.

“En los tiempos remotos, el arte de la medicina se enseñaba en presencia de su objeto y los jóvenes aprendían la ciencia médica en el lecho del enfermo”.

M. FOUCAULT,, El nacimiento del la clínica.

Una viejita una vez me dice: “Doctor, ¿me toma el pulso?” y yo, deformado en mi profesión miré el cardioscopio. Y le dije: “Quédese tranquila abuela, tiene 80. Está bien”. Y ella insistió “Pero, Doctor, tómeme el pulso”. Y ante su insistencia, le pregunto: “Pero, abuela, ¿por qué quiere que le tome el pulso?. El aparato anda bien”. Y me dijo: “¿Sabe lo que pasa, Doctor?. Aquí nadie me toca”.

Dr. FRANCISCO MAGLIO

1. Caracterización de la Bioética

Según la *Encyclopaedia for Bioethics* (1978), la Bioética es “*un área de investigación que, valiéndose de una metodología interdisciplinaria, tiene por objeto el examen sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, en cuanto esa conducta es examinada a la luz de los valores y los principios morales*”. La bioética es una rama, quizás la más destacada, de la ética práctica. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, el objetivo es *encontrar soluciones concretas en casos clínicos específicos, siempre que se originen conflictos entre valores*. En muchas ocasiones las decisiones deben atender a dos o más opciones difíciles de congeniar, o contradictorias entre sí.

1.1 Perplejidad y Conflicto.

En nuestro tiempo hay dos tipos de problemas morales que generan perplejidad: (1) viejos problemas que se resolvían anteriormente aplicando criterios que hoy ya no son válidos, o que han perdido credibilidad y (2) Problemas inéditos e inesperados que se originan por el desarrollo tecnológico y para los cuales ni siquiera existen criterios tradicionales para resolverlos. Según Maliandi (1998), esta situación de perplejidad es propia de la bioética actual. Repasemos algunos ejemplos ilustrativos: La relación **médico-paciente**, v. g., se ha modificado en razón de los cambios acaecidos en la manera de entender la “*autonomía personal*”; los novedosos **procedimientos terapéuticos**, a instancias de los desarrollos tecnológicos, no pueden permanecer ajenos

a cuestiones como el “*consentimiento informado*” (*ut infra*).

Lo intuitivo de esta situación histórico-coyuntural de la bioética, debe también explicarse en términos de su dinámica. Para ello volvamos a Maliandi quien ve en el **conflicto** un carácter peculiar de la realidad humana. El conflicto debe entenderse no tanto como una lucha de fuerzas en mutua exclusión cuanto como *valores puestos en juego en tal disputa*. Así, las cuestiones bioéticas involucran “valores” que deben explicitarse.

1.2 Principios Bioéticos (Beauchamp & Childress)

Un conocido intento de resolución de conflictos que pueden aparecer a la hora de la toma de decisiones es el de Beauchamp & Childress quie-

nes formularon 4 principios bioéticos (*Principles of Biomedical Ethics*, 2001), a saber:

(1) *Principio de Beneficencia*: del lat. *Bonum facere* -hacer el bien-. El médico debe propugnar el bienestar del paciente, intentando curar cuando sea posible, aliviando el dolor y consolar cuando lo anterior no suceda.

(2) *Principio de no maleficencia*: del lat. *Primum non nocere* -Ante todo no hacer daño-. El médico debe evitar el sufrimiento a su paciente aun a costas de un eventual beneficio.

Existe una distinción importante entre el principio de beneficencia y el de no maleficencia. Para algunos autores evitar el daño debe priorizarse incluso respecto de hacer el bien, llegándose a afirmar que el *principio básico* de la bioética es el de no maleficencia. Debemos entender estos dos principios como contraccaras de un mismo enunciado.

(3) *Principio de Autonomía*: del gr. *Autos* (a sí mismo), *Nómos* (ley) -darse a sí mismo las propias leyes, autolegislarse-. Se funda en el respeto por las decisiones del paciente. Este principio, aunque obvio para nosotros, no siempre ha estado presente en la relación médico-paciente. Con él se inaugura la introducción, en la actuación médica, de un sujeto moral, racional y libre que interviene en la toma de decisiones. Este principio ha protegido a los enfermos de violaciones a su autonomía e integridad moral.

(4) *Principio de Justicia*: Este se susenta en la obligación moral de dar a cada persona lo que necesita o lo que le corresponde, en virtud de que todo ser humano tiene la misma dignidad y es merecedor de consideración y respeto. El principio de justi-

cia presupone una distribución justa y equitativa de los recursos sanitarios y asistenciales, procurando con ello maximizar el beneficio para la comunidad.

Cada principio tiene un aspecto normativo y supone una estructura axiológica que se pone de manifiesto cuando entran en conflicto. La fundamentación ético-filosófica debe buscarse en los modelos utilitarista y deontológico. A grandes rasgos puede decirse que las ideas directrices del *modelo utilitarista* (Bentham, Stuart Mill) son, a saber: (a) considerar que la moralidad está indisolublemente ligada a las consecuencias, (b) atender a las consecuencias para cada individuo, (c) el sufrimiento de cada sujeto vale por igual, (d) siempre debemos actuar de manera que pueda producirse el mayor bien posible y el menor número de consecuencias negativas. Por su parte, el *modelo deontológico kantiano*, fundado en la noción de deber, considera que: (a) La razón es una capacidad propia de los seres humanos, (b) el hombre puede decidir, sobre las bases de su razonamiento, (c) el hombre, en tanto ser racional, puede darse a sí mismo leyes, es decir, "puede obligarse libremente" a actuar conforme a principios que él mismo se ha dado, (d) el hombre debe ser siempre considerado como un fin, y nunca como un medio, (e) finalmente, la ética kantiana se asocia estrechamente con la autonomía, los derechos y el respeto. Los principios de Beauchamp y Childress se estructuran a partir de estas dos corrientes éticas; de este modo los principios de beneficencia y de no maleficencia presentan un marcado carácter utilitarista, el de autonomía un carácter deontológico mientras que el principio de justicia presupone ambos. No resulta extraño que los principios entren en conflicto habida cuenta de su distinto origen ético-filosófico que se

suma a la conflictividad propia de los asuntos éticos tal como hemos señalado (*ut supra*).

Principio	Valor asociado
Beneficencia	Realización
No maleficencia	Conservación
Autonomía	Individuación
Justicia	Universalidad

Como ninguno de los principios es superior a otro, se requiere de un *meta-principio* que, sin ser una norma moral, actúe como un *criterio de armonización* entre ellos (Maliandi, 1998). En la praxis médica concreta, la toma de decisiones exige atender siempre al componente principal de la dignidad humana: id est, *el respeto a la libertad individual*. A continuación desarrollaremos los dilemas bioéticos que se plantean con enfermos terminales.

2. La Eutanasia y sus formas.

Se define como **paciente terminal** a aquella persona afectada por una enfermedad incurable o irreversible, y que, conforme al juicio clínico, morirá en un tiempo relativamente corto. Si ante ello, y a los efectos de evitar el sufrimiento del paciente, se toman medidas activas para poner fin a la vida del paciente se habla de **eutanasia activa**. Esta solución drástica, basada en la compasión y en la piedad, al problema de la muerte inminente y al dolor, no es otra cosa que un "hacer morir" al enfermo: un homicidio por compasión. Se habla de **distansia** cuando se retrasa la llegada de la muerte sin que haya esperanzas de curación o de alivio al sufrimiento del moribundo. Contrariamente a la eutanasia, se aplaza el momento de la muerte sin que haya razones para ello. De allí que se hable de **encarnizamiento terapéutico**. Por su parte, el término **ortotanasia** se utiliza como sinónimo de *muerte digna*,

muerte a tiempo o buen morir (dying well). Para aplicar la ortotanasia debe haber certeza de la irreversibilidad de la enfermedad y de los padecimientos que ella produce. Se trata de dejar que la muerte llegue a su tiempo previendo, mientras tanto, al paciente un adecuado **tratamiento paliativo**. A diferencia del "hacer morir" propio de la eutanasia, se "deja morir" al paciente de manera digna, acompañado de sus seres queridos en el proceso y aliviando en todos los casos el dolor. Este es el espíritu de los **cuidados paliativos** (o cuidados de tipo Hospice en alguno países de habla inglesa). La O.M.S (1990) define a la medicina paliativa como "el área de la Medicina dedicada a la asistencia activa y total de los pacientes y sus familias, por un equipo interdisciplinario (integrado por médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeras y voluntarios) cuando la enfermedad de un paciente no responde al tratamiento curativo, con el objetivo de obtener una mejor calidad de vida, con procedimientos que lleven al alivio del dolor y otros síntomas, al respeto de las necesidades y derechos del enfermo y a dignificar su vida".

Fin de la Vida

- Es considerado al período comprendido entre los 6 meses a los 2 años antes de la muerte.
- En países como Argentina o EEUU la gente muere en hospitales o clínicas, requiriendo de cuidados médicos.
- En EEUU menos del 25% de las personas mueren en sus casas

3. Cuestiones éticas de los cuidados paliativos.

El *Center of Bioethics de la Universidad de Minnesota* plantea como temas éticos hacia el final de la vida los siguientes: **(a)** ¿Son los cuidados paliativos lo que los pacientes nece-

Tratamiento Paliativo

Control de Síntomas

Aliviar los síntomas referidos al dolor o a la incapacidad.

Acompañamiento

Asistencia psicológica y espiritual, facilitando al paciente la adaptación a la situación presente, ayudando a prever complicaciones tales como claudicación familiar, duelo patológico, etc.

Tratamiento a domicilio

En la terapéutica paliativa el HOGAR es el principal escenario del tratamiento. Las instituciones (ej. clínica) son consideradas recursos de apoyo.

Asistencia en el Duelo

Para su familia y allegados. Se brinda un apoyo adicional para sobrellevar la pérdida.

sitan?, **(b)** Los pacientes a punto de morir, ¿reciben la atención adecuada para aliviar el dolor o para controlar los síntomas?, **(c)** ¿Deben los médicos asistir a una persona que declara terminar con su vida?, **(d)** ¿Cuánto puede prolongarse la vida?, **(e)** ¿Tienen los médicos, enfermeros y otros profesionales la debida capacitación para manejar las decisiones de fin de la vida?

4. Principios bioéticos y Consentimiento informado.

Podríamos pensar que en pacientes terminales no deberían presentarse conflictos en la aplicación de los principios bioéticos arriba enunciados, puesto que el enfermo podría solicitar su aplicación para la atención de sus necesidades. Sin embargo, la realidad escapa a los intentos clasificatorios o al mero postulado de principios.

- *Principio de Beneficencia:* Aunque no exista un tratamiento para curar su enfermedad, podría intentarse solucionar sus problemas emocionales, espirituales, físicos, etc.

- *Principio de no maleficencia:* No utilizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios o fútiles.
- *Principio de autonomía:* Respetar su autonomía e integridad moral. Informarle, si así lo desea, acerca del proceso de la muerte; tenerle en cuenta en la toma de decisiones. En nuestra cultura suele haber una violación del principio de autonomía cuando la familia decide por el enfermo. En estos casos se toman decisiones, avaladas a veces por el mismo médico. Por ejemplo omitir información acerca de la enfermedad y del pronóstico. Esto suele subsanarse con el **consentimiento informado** (*Es la explicación, a un paciente mentalmente competente, acerca de la naturaleza de la enfermedad, así como de los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos sugeridos. La información debe ser comprensible para el paciente y no debe estar sesgada.* Como señalan Kaplan y Sadock (1999), el consentimiento informado es la piedra angular de la teoría que privilegia de la autonomía del paciente, en

vistas de que es éste quien tiene el derecho de consentir o rechazar un tratamiento. Como resulta obvio, los médicos deben evitar actitudes paternalistas, v.g., no presuponer que los pacientes no son aptos para decidir por sí mismos.

- *Principio de Justicia*: Cubrir las necesidades asistenciales del paciente y evitar cualquier forma de discriminación.

5. Juicios Sustitutivos y Decisiones al Amparo del Estado de Necesidad.

Kaplan y Sadock (1999) señalan que los *delegados* son aquellas personas (por lo general un familiar o persona cercana) cuyos juicios (juicios sustitutivos) “reemplazan” al del propio paciente cuando éste ha perdido la capacidad de decidir. El delegado puede haber sido designado por el propio paciente mediante lo que se conoce como “directivas anticipadas” (un caso testigo en nuestro país es el Recurso de Amparo, Mar del Plata, 2005, donde una mujer con un cuadro de cuadriplejía, anartria, disfagia e insuficiencia respiratoria restrictiva severa, designa como mandatarios a su esposo y hermana, al tiempo que *rechaza cualquier intervención invasiva, tales como gastrostomía y traqueotomía indicada por el médico tratante. La mujer está en pleno uso de sus facultades aunque se encuentra imposibilitada de expresar su voluntad.* El tribunal falla a su favor, dando como fundamentación del mismo: (a) resulta inconstitucional someter a una persona adulta a un tratamiento contrario a su voluntad, (b) la mujer está en pleno uso de sus facultades mentales, (c) sus conductas no afectan a terceros, (d) las decisiones autónomas hacen a la idea de la dignidad y a la libertad).

Las decisiones médicas pueden, no obstante, prevalecer respecto de las decisiones autónomas del paciente o de sus delegados. Spector y Mega (2006) señalan que “*en situaciones de urgencia, cuando el profesional se encuentra en la disyuntiva entre llevar adelante un acto médico compulsivo y su obligación de cuidado, se podrá eximir de solicitar el consentimiento al amparo del estado de necesidad y de su obligación de actuar, dado que en tales circunstancias el no obrar podría ser causal de imputación de responsabilidad por omisión*” (subrayado propio).

6. Un Intento de Conclusión.

El *corpus hipocraticum* forjó un ideal de médico paternalista y filántropo, poseedor de una ciencia y de un ethos constitutivo de la *ars medica*. Con la “introducción del sujeto moral” en el acto médico (Mainetti et al.) se reconoce al paciente como un sujeto autónomo y poseedor de derechos. Entre ellos se encuentra el de decidir acerca del tipo de tratamiento e intervención a recibir. La decisión del profesional deja de ser un *dictum* para pasar a ser el resultado del encuentro de su arte con el sistema de valores y de creencias del paciente. Como dice Sass, citado por Mainetti et al., “*la tabla de valores del paciente es tan importante como su análisis de sangre*”. Decir que el paciente tiene derecho a participar en la toma de decisiones no es otra cosa que afirmar que reclama su derecho a ser reconocido como persona, y no meramente como paciente.

Bibliografía

- BEAUCHAMP, T. & CHILDRESS, J. (2001), *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford Univ. Press, Oxford, 5a edic.
- DRANE, J., “Honestidad en la Medicina: ¿Deberían los doctores decir

la verdad?”, Univ. of Edinboro, Pennsylvania, sine data.

- ESPECTOR, E. & MEGA, A. (2006) “La Responsabilidad profesional del psiquiatra” en *Revista Sinopsis*, APSA, año 22, No. 41.
- FOUCAULT, M. (1989), *El nacimiento de la clínica*, Ed. S. XXI, Buenos Aires.
- KAPLAN, H. & SADOCK, B. (1999), *Sinopsis de Psiquiatría*, Ed. Panamericana, Madrid, 8ª. Edición.
- LUNA, F., SALLES, A. -comp.- (1995), *Decisiones de vida y muerte: Eutanasia, Aborto, y otros temas de ética médica*, Ed. Sudamericana, Bs As.
- MAINETTI, J., SASS, H., & VIEFHUES, H., “Protocolo de Bochum para la Práctica Etico-Médica”, sine loco nec data.
- MALIANDI, R. (1998), *La Ética cuestionada*. Ed. Almagesto. Bs As.
- MONTENEGRO, R. (2003), “Consentimiento informado en psicoterapia”, *Perspectivas Bioéticas*, Ed. del Signo, año 8, No. 15.

Webpages

- Temas éticos hacia el fin de la vida:**
www.bioethics.umn.edu/resources/topics/end_of_life.html (Center of Bioethics, University of Minnesota).
- Directivas Anticipadas:**
http://www.bioethics.umn.edu/resources/topics/advance_directives.html (Center of Bioethics, University of Minnesota).
- Cuidados Paliativos, Hospice Cares:**
<http://www.hospicenet.org/html/concept.html>