



OBJECION DE CONCIENCIA Y BIOETICA

MTRO. OMAR OLVERA
CENTRO SAN CAMILO

¿Qué es el hombre?

***Somos mortales
todos habremos de irnos,
todos habremos de morir en la tierra... Como
una pintura,
todos iremos borrando.
Como una flor, nos iremos secando
aquí sobre la tierra...
Meditadlo, señores águilas y tigres, aunque
fuerais de jade,
aunque fuerais de oro,
también allá iréis
al lugar de los descansos.
Tendremos que despertar,
nadie habrá de quedar.***

Nueva ley sobre los Cuidados Paliativos

Cambio de paradigma

**De Prevención-Terapia-Rehabilitación
a Prevención-Terapia-Rehabilitación y
Paliación**

El concepto y la práctica de la Paliación

**Algo nuevo (en la ley) – Algo
antiguo en la práctica**

¿De qué estamos hablando?

Patologías y situaciones que postulan los CP:

- Enfermedades terminales**
- Enfermedades crónicas y crónico-degenerativas**

Relevancia social

Se trata de un fenómeno de grande relevancia social, no sólo personal y psicológica.

Cada año son miles y miles los pacientes que mueren pasando por una enfermedad terminal y miles los que viven una enfermedad crónico-degenerativa

Un acercamiento holístico

La enfermedad terminal y la muerte no son solamente un fenómeno clínico – médico, son ante todo **una realidad personal, algunos autores dicen “biográfica”.**

Es decir, involucra el mundo espiritual y emocional del sujeto, de sus familiares y de los profesionales y voluntarios.

En el «acercamiento global u *holístico*» se trata de comprender la doble ruptura producida por la enfermedad:

- 1) dentro* de una persona la ruptura entre el cuerpo y el espíritu;**
- 2) fuera*, la ruptura entre la persona enferma y el mundo que la rodea.**

La filosofía de los cuidados paliativos

El paso del “curar” al “cuidar”:

“cuidados paliativos”.

El diccionario de la Real Academia Española define **cuidar** como:

“poner atención y solicitud en la ejecución de una cosa, asistir, guardar, conservar, mirar uno por la salud, darse buena vida”

Es un concepto más amplio y más profundo que “curar” o restituir la salud.

El término “paliar” viene del latín “*palliare*” y significa aliviar las fatigas del cuerpo o aflicciones del ánimo, dar mejoría al enfermo.

Como afirma la propia palabra (del latín «*pallium*», manto, capa), estos cuidados cubren al enfermo incurable con un manto, de forma parecida a como san Martín, obispo de Tours, al dar la mitad de su manto a un pobre que encontró en el camino, no resolvió de raíz su problema, pero sí lo animó y alivió.

Limitación del esfuerzo terapéutico - LET

(de JUAN CARLOS ÁLVAREZ PÉREZ, Limitación del esfuerzo terapéutico, en 10 palabras clave ante el final de la vida, Ed. Verbo Divino, pp. 246-301)

El objetivo de la medicina

"El objetivo de la medicina es disminuir la violencia de las enfermedades y evitar el sufrimiento de los enfermos, absteniéndose de tocar a aquellos en quienes el mal es más fuerte y están situados más allá de los recursos del arte" (Hipócrates, Sobre el arte).

Los médicos clásicos eran conscientes de sus limitaciones y sabían que debían **abstenerse de tocar a aquellos enfermos cuya enfermedad estaba "más allá de los recursos del arte"**; el arte no lo podía todo; en esas ocasiones se decía que **el médico desahuciaba al paciente.**

Durante el pasado siglo XX se desarrollaron los grandes hospitales, las unidades de cuidados intensivos, las técnicas de soporte vital, se tecnificó la medicina de una forma inimaginable y ha continuado haciéndolo hasta el momento presente.

En la actualidad, **ya no se desahucia a nadie**. La palabra "desahuciar" se ha desterrado del lenguaje médico.

Clásicamente había dos formas de muerte, la muerte natural y la muerte violenta.

O morías a causa de una enfermedad, que era la muerte natural, o morías en un accidente, una agresión, una guerra, que era la muerte violenta.

Actualmente pocas personas mueren de muerte natural, es decir, por evolución natural de su enfermedad, sino que la mayoría mueren con intervención de los médicos, lo que modifica y alarga ese proceso natural de la enfermedad terminal.

Ahora podemos decir que o se muere de muerte intervenida o se muere de muerte violenta.

Así pues, debemos plantearnos las siguientes preguntas:

- 1) ¿todo lo técnicamente posible es éticamente correcto?
- 2) ¿Debemos limitar el esfuerzo terapéutico?

Otro factor fundamental que se desarrolla es el **cambio de paradigma en la relación clínica**; se abandona progresivamente el paternalismo médico de la clásica relación médico-enfermo para adoptar una nueva forma de relacionarse en la que **el paciente toma sus propias decisiones, se le reconoce autonomía en el ámbito de la salud y de la enfermedad.**

Definición de LET

El concepto fue acuñado inicialmente por los médicos de las unidades de cuidados intensivos para la suspensión o el no inicio de tratamientos con técnicas de soporte vital.

En la actualidad no se puede limitar dicho concepto ni sólo a las técnicas de soporte vital, ni sólo a las actuaciones médicas en las unidades de cuidados intensivos, pues se ha extendido a todas las especialidades clínicas, desde la atención primaria a la oncología, y a gran cantidad de tratamientos, desde los antibióticos a la sangre e incluso la alimentación artificial.

La definición subraya dos cuestiones muy importantes:

a) "que el paciente no tenga expectativas razonables de recuperación"

b) "que el proceso terapéutico no sea un retraso inútil de la muerte".

Estos dos aspectos van a ser fundamentales a la hora de decidir una LET.

Una definición de LET

Diferentes niveles terapéuticos (medicación, oxigenoterapia, técnicas de soporte vital, sangre, nutrición, hidratación) **a pacientes sin expectativas razonables de recuperación, en los que el proceso está conduciendo a un retraso inútil de la muerte en lugar de a una prolongación de la vida, ponderando y discerniendo lo médicamente indicado en cada paciente y en cada momento de su evolución clínica, así como respetando la voluntad del mismo**

Se distingue entre conservar y prolongar la vida. La conservación es una obligación, pero sólo mediante medios ordinarios.

La prolongación no es una obligación moral.

Hay que tener en cuenta el esfuerzo que supone para el paciente, el coste económico, la esperanza de vida y la proporción entre el medio utilizado y el beneficio recibido

«... se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales» (Congregación para la Doctrina de la Fe, "Declaratio de euthanasia", 1980).

«Para facilitar la aplicación de estos»

- A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo...

- Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos...

- Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. ... significa ... o ... aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados ..., o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados.

- Ante la inminencia de una muerte evitable, ..., es lícito en conciencia ...renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales ...»

La reflexión actual sobre el problema de la LET prefiere abandonar la terminología de medios ordinarios / extraordinarios e incluso la más reciente de medios proporcionados / desproporcionados por su ambigüedad y subjetividad, en favor de la más utilizada en el ámbito clínico y con la que los médicos se encuentran más a gusto, más cómodos: lo indicado / no indicado / contraindicado

- Tratamiento indicado: aquel cuya eficacia en la curación de un determinado proceso o el mantenimiento de una aceptable calidad de vida es admitida en la comunidad científica, basada en la evidencia de la experiencia y en estudios clínicos.

- Tratamiento no indicado: aquel cuya eficacia no está probada para la comunidad científica, si bien se le puede presuponer empíricamente algún efecto beneficioso y ningún efecto adverso grave.

- Tratamiento contraindicado: aquel que incide de forma negativa en la enfermedad o en el enfermo, pudiendo provocar su aplicación la muerte del mismo. Su utilización, por tanto, está proscrita.

LET - Cuándo y cómo limitar el esfuerzo terapéutico

Se deben articular dos factores:

La parte objetiva, si está indicado/no indicado/contraindicado, y la parte subjetiva, la voluntad del paciente.

La decisión que tomemos va a estar siempre en función de estas dos variables.

A la hora de enfrentarnos a un paciente determinado, tenemos tres posibilidades al creer que una prueba diagnóstica o un tratamiento:

- 1) está claramente indicado,
- 2) dudosamente indicado
- 3) «no indicado» .

Por otro lado, la decisión podrá tomarse contando con la voluntad del paciente, contando con la voluntad de la familia (en caso de no ser capaz o competente) o sólo por decisión del médico.

Alimentación artificial



LET y alimentación / hidratación

No hay acuerdo respecto a los antibióticos, la fluidoterapia parenteral de mantenimiento y, sobre todo, con la nutrición e hidratación por sonda naso-gástrica.

El debate sobre la nutrición e hidratación, tanto por vía parenteral como mediante sonda, se plantea en discernir si se le considera un tratamiento o un cuidado;

Si es un tratamiento, es susceptible de ser suspendido como el resto, según el balance riesgo/beneficio, pero, si se le considera un cuidado, hay obligación de mantenerlo y no puede ser retirado.

Los cuidados son irrenunciables, se tienen que aplicar a todos los sujetos independientemente de su situación y su pronóstico: la higiene corporal, el cuidado de las mucosas, el manejo de las excretas, etc.

AHA = alimentación e hidratación artificial

Cuando los pacientes no son capaces de insalivar, deglutir o asimilar por sí solos alimentos o líquidos necesarios para la subsistencia.

Nutrición artificial enteral (con sondas nasogástricas) o parenteral (inyectando el alimento en una vena a través de un catéter).

No hay problema con los enfermos terminales: sí a la AHA si el paciente está de acuerdo.

También en caso de Alzheimer: sí, son personas humanas y la alimentación es un «cuidado básico».

Estado vegetativo persistente

Tienen funciones de vigilia (respiración autónoma, ciclos de sueño-vigilia, ojos abiertos y cerrados, reflejos de tos y deglución) y no tienen las funciones cognitivas (no pueden comprender, probar emociones, comunicarse, sentir dolor).

¿Conciencia? No se sabe. ¿Irreversible? Tampoco se sabe...

Tratarlos como seres «vivos»: todos los cuidados y las terapias «ordinarias» (alimentación – hidratación – higiene – calefacción – prevención de llagas, etc.)

Voluntades anticipadas

Las instrucciones u orientaciones expresadas con anterioridad y dirigidas al médico respecto a los tratamientos relativos a la salud para que se cumplan cuando no se esté en condiciones de pronunciarse.

El paciente deja sus voluntades b) Nombra a un sustituto c) Deja orientaciones y designa a una persona para que las interprete

En algunos Países se valoran también el «substituted judgment» («juicio sustitutorio») y los «mejores intereses» («best interest») para las personas que no expresaron sus voluntades u otras que nunca pudieron expresarlas (menores, discapacitados mentales, etc.) para guiar el proceso de decisión.

Algunas veces son «vagas», otras veces demasiado «precisas».

Muchos Estados no las admiten por el riesgo implícito de legitimar la eutanasia.

Pueden «ayudar» a tomar una decisión



Eutanasia – SMA

Tanatología Educativa

(de FRANCISCO JAVIER ELIZARI BASTERRA,
Eutanasia, en 10 palabras clave ante el final de
la vida, Ed. Verbo Divino, pp. 345-388)

En efecto, el término no se reserva sólo para la acción de provocar directamente la muerte de un enfermo con el fin de que no sufra. Bajo el mismo término se cobijan otras acciones muy distintas de la anterior; por ejemplo, emplear analgésicos destinados a eliminar o aliviar el dolor, renunciar a prolongar la vida con medios no proporcionados, no recurriendo a ellos o interrumpiendo su uso.

Tal acumulación de significados bajo un mismo sustantivo es una fuente de confusión. Para evitarlo se agregaron inmediatamente a eutanasia una serie de adjetivos, destacando entre ellos varios binomios: activa-pasiva, directa-indirecta, positiva - negativa, y combinaciones de los mismos. Este intento clarificador no logró su objetivo por la sencilla razón de que la misma expresión: eutanasia activa, pasiva, directa, indirecta, etc., se entendía de modo diferente según los autores.

Propuesta clarificadora

1°. No llamar ya eutanasia ni siquiera con adjetivos añadidos, a dos prácticas médicas habituales: uso de analgésicos y renuncia a prolongar la vida con medios carentes de sentido. Respecto a la primera práctica, es mucho más recomendable hablar de tratamiento o terapia del dolor, analgesia, uso de analgésicos, etc.

Y para referirnos a la segunda, existen otras expresiones, como rechazo del encarnizamiento terapéutico o de la obstinación u obcecación terapéuticas, "limitación del esfuerzo terapéutico". Por tanto, muchos recomiendan desterrar para siempre expresiones como "eutanasia pasiva" o "eutanasia indirecta" u otras.

2°. Reservar el sustantivo "eutanasia" -sin más, sin adjetivo añadido- para la acción de provocar intencionada, directamente, la muerte de un enfermo con el fin de que no sufra.

Ello conlleva la desaparición de la expresión "eutanasia activa". Esta propuesta clarificadora es bastante seguida, pero todavía son demasiados los que, por inercia, desconocimiento u otros motivos, siguen con el viejo lenguaje.

Concepto de eutanasia

En torno a cinco puntos podemos ver lo que constituye el núcleo compartido del concepto.

1°: resultado de muerte.

Es un elemento básico, incuestionable. No basta la intención.

2°: sujeto que muere.

La persona que muere ha de tener un determinado perfil por dos rasgos: enfermo desahuciado o incurable y sufrimientos insoportables.

En los autores percibimos algunos matices o acentos. El término enfermo es entendido de modo más estricto o amplio, para incluir también, según algunos, a la persona "cansada" de la vida.

Asimismo, hay divergencias sobre si exigir o no la condición de enfermo terminal.

El requisito común de sufrimientos insoportables no tendría vigencia en casos limitados; por ejemplo, si se aplica la eutanasia a enfermos vegetativos.

Estas diferencias parecen secundarias frente a la principal, que versa sobre si la petición del enfermo es o no elemento esencial de la definición.

3°: modo de provocar la muerte.

Generalmente este matiz se expresa con el adverbio "directamente" o con el adjetivo "directo". Bajo tales términos hay una realidad muy concreta en cuanto al modo de producirse la muer-te, con productos letales en forma de inyección, etc.

4º: móvil de la acción.

La eutanasia viene motivada por el deseo de acabar con los sufrimientos del paciente. Tal objetivo, además de otras circunstancias, diferencia la eutanasia de otras formas de poner fin a la vida de una persona por otros móviles. Este elemento es comúnmente considerado como parte esencial de la definición, con la salvedad antes apuntada de la eutanasia aplicada en algunos casos; por ejemplo, a enfermos en estado vegetativo.

5°: agente de la muerte.

Que la eutanasia es practicada por un médico o bajo su dirección o se explícita o se da por supuesto. Sin embargo, existe una corriente radical muy minoritaria, partidaria de desmedicalizar la eutanasia.

Diferencia fundamental: petición del enfermo

¿Llamamos eutanasia sólo a la muerte pedida por el paciente o también a la no solicitada por él? Durante mucho tiempo, la definición de eutanasia ha acentuado la muerte "por piedad" y ha incluido tanto la voluntaria como la no voluntaria.

Frente a ella existe hoy otra tendencia: designar únicamente como eutanasia la muerte pedida por el paciente. Según este planteamiento, la petición es un elemento esencial. Por lo tanto hay eutanasia (siempre voluntaria) u homicidio.

Sin embargo, la noción de eutanasia que abarca la voluntaria y la no voluntaria parece todavía bastante más extendida en el mundo. Partiendo, más bien, del énfasis social actual en la autonomía de la persona, tiene su lógica considerar que la petición del enfermo es elemento decisivo del concepto de eutanasia. Así, el lenguaje la distinguiría con toda claridad de la muerte no pedida, calificada simplemente de homicidio, no de eutanasia, a pesar de que se provocara "por piedad".

Suicidio Medicalmente Asistido

El SMA tendría una triple "ventaja" sobre la eutanasia: queda más realzada la intervención del paciente, su autonomía, pues él mismo realiza el acto que provoca la muerte; algunos médicos dicen sentirse psicológicamente menos incómodos con el SMA por ser su cooperación a la muerte del enfermo más remota y alejada en el tiempo.

Recetar unos productos letales es un acto de resultado incierto. Entre la prescripción del médico y la muerte se coloca la voluntad del paciente, que puede usarlos o no, y, de hecho, un número de enfermos no se sirve de los productos recetados.

También podría señalarse una doble "desventaja" en el SMA. Algunos consideran menos humano, más inmisericorde, más duro dejar en manos del mismo enfermo la realización del gesto mortal. Además, en caso de producirse problemas en la toma del producto letal, la presencia del médico en ese momento no es tan segura como en el caso de la eutanasia.

La opción legalizadora

Razones: la autonomía del paciente, su dignidad, la calidad de vida, la piedad de terceros que aceptan colaborar para librar de sufrimientos al enfermo.

Justificando el veto legal

Según los sondeos, aun admitiendo sus importantes limitaciones, el frente opositor a la despenalización disminuye en la opinión pública. Algo parecido revelan las encuestas respecto a los profesionales sanitarios.

Entre los intelectuales la opinión favorable a la prohibición parece muy minoritaria. Sin embargo, a pesar de este clima, la gran mayoría de los órganos legislativos de los países occidentales y de los partidos en ellos representados se niega a la despenalización.

Los argumentos principales empleados son tres.

1.- El rechazo más absoluto se apoya en la idea de que toda vida humana es inviolable.

2.- Una oposición, no tan de principio, acude al conocido como argumento de la pendiente resbaladiza, que se ampara en las consecuencias funestas derivables de la autorización de la eutanasia y el SMA.

3.- A estas dos viejas formas de argumentar, más recientemente se ha unido un tercer planteamiento que apela a las carencias en cuidados paliativos.

Carencia de buenos cuidados paliativos (CP) accesibles

Desde esta perspectiva, el intento de despenalizar la eutanasia y el SMA no parece éticamente admisible si nos desinteresamos de la situación de los CP o, lo que es peor, si conocemos graves carencias en ellos. La despenalización, con buenos CP, no es una necesidad social importante, y mucho menos algo prioritario o urgente. Y sin buenos CP es una temeridad.

b) Pendiente resbaladiza

Este argumento ha sido el más utilizado en el pasado: una acción no rechazable en sí misma podría convertirse en inaceptable por las consecuencias indeseables. Piensan que el argumento encierra una llamada razonable a la cautela, a la prudencia, contra actuaciones precipitadas e irreflexivas

. Efectos indeseables : paso de la eutanasia pedida a la no pedida, de la solicitada libremente a la no libre, bajo presiones o coacciones, deterioro de la relación de confianza entre paciente y profesional, golpe a los cuidados paliativos.

Sin embargo, establecer la conexión es una operación delicada y abierta a apreciaciones muy subjetivas.

La eutanasia y SMA desde la ética

¿Estas acciones pueden ser o no una solución aceptable desde la conciencia, desde los valores, independientemente de lo que digan las leyes?

La eutanasia y el SMA, ¿opción lícita?

En la reflexión ética actual domina la idea de que la eutanasia y el SMA son una opción moralmente aceptable, una forma lícita de disponer de la propia vida. Ésta le pertenece a cada uno.

No se ve por qué la libertad humana tiene que pararse ante las puertas de la muerte, ante la "última libertad".

Poder disponer del propio morir, en cuanto al momento y forma "se dice", es un derecho fundamental derivado de los derechos de la primera generación. La reflexión tiene su cabida lógica dentro de las morales de autonomía.

Pero la afirmación del poder sobre la propia vida no ha de ocultar dos aspectos: su carácter trágico y su dimensión moral.

Algunos textos y declaraciones desprenden satisfacción, casi orgullo, por esta nueva frontera.

Se reconoce como una posibilidad ética algo antes prohibido: poner directamente fin a una vida envuelta en grandes sufrimientos.

Pero no podemos ocultar el carácter trágico de la decisión, aun siendo ésta lúcida y ponderada. Pensar con suficiente lucidez que la muerte propia constituye un bien, algo mejor que seguir viviendo, es respetable, pero no por ello pierde su condición trágica.