

BIOETICA MEDICA.

Reflexiones acerca del vivir y del morir.

Dr. Wilfrido R. D'Angelo*

"Si no sabemos cómo vivir, ¿cómo hacer para saber morir...?"

W. D'Angelo

Sin dudas los textos y tratados acerca de la Medicina están colmados de conocimientos y conceptos destinados a que el médico aprenda como luchar contra las enfermedades y tratar de salir airoso, circunstancia que configura uno de los mayores logros de su noble, inigualable y muchas veces abnegada profesión.

Si bien lo antedicho, sumado a la prevención de las enfermedades, pueden considerarse objetivos prioritarios de la formación médica, existen otros aprendizajes que nunca se cumplen o a los que no se les da mayor importancia, quizá porque en la facultad al médico se lo prepara fundamentalmente para el éxito y no se piensa en el fracaso, aunque este último término no se ajuste del todo a la realidad. Es así como no se le enseña la manera en que *puede y debe enfrentar a la muerte* ni la forma de actuar frente al paciente que, lejos de tener una evolución favorable, tarde o temprano transitará un camino letalmente irreversible.

Pero ¿sabemos cómo abordar semejante desafío? ¿sabemos, sobre todo los docentes, cómo enseñar a nuestros alumnos a verse de cara ante un hecho natural y lógico para cualquier mortal, pero siempre evitado y rechazado?

A la par de asimilar los imprescindibles conocimientos y los avasalladores conceptos que impone el moderno tecnicismo médico, ¿no cabría que nuestros educandos supieran además que no siempre su futuro accionar profesional se verá coronado por el éxito y que la muerte de un enfermo no deberá interpretarse como un fracaso terapéutico sino como una impostergable posibilidad que más de una vez tendrá que saber afrontar y soportar?

El Dr. Hugo Dopaso, en su libro "El buen morir"⁽³⁾ expresa este claro pensamiento: "morir no es el momento más apropiado para aprender a hacerlo". Cabe entonces la siguiente reflexión: ¿está el paciente o el enfermo y estamos en definitiva todos los mortales preparados para morir? La respuesta no es precisamente afirmativa. Por eso, desde hace un tiempo, la muerte se ha vuelto un tema de reflexión

tan importante que dió lugar al nacimiento de una nueva ciencia: la *Tanatología* (de Thanatos, dios mitológico de la muerte).

En el portal del nuevo siglo, probablemente uno de los mayores desafíos de nuestra existencia consista en *lograr reinsertar en la sociedad, con la mayor naturalidad, el pensamiento acerca de la muerte*; de la ajena y de la propia, sin tabúes, sin falsos prejuicios y sin miedos irracionales que, lejos de tener alguna significación útil, solamente confunden y atemorizan obligando al rechazo sistemático del tratamiento del tema⁽⁴⁾. Es el clásico: *¿porqué no hablamos de otra cosa...?* frase salvadora que tantas veces se propone en ocasión de charlas o de reuniones con amigos, con parientes e inclusive con colegas médicos.

¿Es razonable temerle tanto a un acontecer natural en la evolución de los seres vivientes? Cabría responder que no, pero considerando nuestra actual manera de vivir y de morir, producto del creciente anonimato que existe sobre todo dentro del conglomerado de las grandes ciudades, la realidad nos indica que la comunidad se siente paulatinamente menos implicada y comprometida con la muerte de sus integrantes; más bien prefiere restarle importancia y aún ignorarla.

Sin embargo, antiguamente, el morir era asumido no sólo como un hecho natural sino que además se lo rodeaba de un carácter ceremonioso y con gran participación social⁽⁵⁾. El enfermo terminal tenía pleno conocimiento de su situación y de una u otra manera no se le ocultaba una verdad que era aceptada como el final lógico de todo ser humano. Era muy importante que quien estaba próximo a morir pudiera despedirse de sus seres queridos y brindarles sus últimas recomendaciones y sus postreros consejos. Para los cristianos, era consentir la voluntad de Dios; para los ateos, aceptar ser protagonistas de la última jugada del destino. Pero unos y otros asumían la circunstancia con natural resignación.

Con el transcurrir de los años la forma de vivir y de morir fue cambiando y al enfermo terminal se lo comenzó a rodear, en forma lenta y casi imperceptible, de un manto protector de dudosa piedad. El pensamiento dominante pasó a ser: *pobre, si se va a morir, ¿para qué decírselo...?* Y hasta el mismo enfermo, al intuir su final, aceptó prestarse a este "seudo juego piadoso" haciendo que la muerte se fuera transformando en un hecho tendiente a ser ocultado para

* Prof. Titular de Cirugía, Facultad de Medicina, U.N.N.E.
Jefe de Docencia, Dpto. de Docencia e Invest., Hospital Escuela,
Corrientes.

que pasara lo más desapercibida posible, a fin de que los que siguieran vivos pudieran continuar sin inútiles lamentos con su "cotidiano trajinar". Incluso se trató de encubrir o al menos ignorar el dolor provocado por la pérdida de un ser querido, llegando a considerar al luto como anticuado y fuera de lugar.

Claro está que en esta particular despersonalización y deshumanización del hombre y del final de su vida, a todos nos cabe algo de culpa, ya que integramos una sociedad cuyo pretendido modernismo obliga a que la muerte hoy ocurra preferentemente fuera del hogar, en un establecimiento asistencial, con la debida atención profesional, lo más rápido posible y tratando de soslayar el dramatismo del momento y del hecho en si.

Y en el devenir de este cambio también comienza a trastocarse el concepto de la enfermedad y de la relación médico-paciente, favorecido por el creciente tecnicismo galénico que lleva a considerar al enfermo casi como un simple objeto. Sin embargo, esta verdadera pérdida de la dignidad del sujeto, si bien al principio generó una importante crisis en la Medicina, terminó finalmente y como contrapartida, provocando una revalorización del concepto de la bioética y de la ética médica.

Nadie duda que la internación de un paciente en una institución asistencial puede responder a la necesaria adopción de imprescindibles medidas tanto diagnósticas como terapéuticas que no pueden cumplirse en el domicilio. Pero también debemos asumir que este hecho provoca un obligado desarraigo del enfermo al separarlo de su entorno familiar y de sus seres y cosas más queridas y que esta circunstancia se agrava aún más cuando termina internado en una sala de Terapia Intensiva. De esta manera el hospital o el centro asistencial pasan a ser no sólo lugares donde se busca curar, sino que se transforman en sitios habituales para la muerte del paciente, la que muchas veces se transforma en una muerte solitaria.

Por otra parte los avances terapéuticos actuales, contribuyen frecuentemente a prolongar el momento del deceso. Hay que aceptar que *el médico no puede suprimir la muerte pero si puede prolongar la vida o acortar su final* y que, en ocasiones, debe asumir la enorme responsabilidad de decidir sobre una u otra alternativa, al formar parte de una compleja organización asistencial y técnicamente perfecta, pero desprovista del necesario sentido humanitario.

Por eso resulta muy saludable recordar aquello que pregonaba la Medicina clásica al afirmar que: *"médico es el que cuida y protege, no sólo el que cura..."* O revivir aquél viejo aforismo que establece las obligaciones del médico: *"curar a veces, aliviar frecuentemente, consolar siempre..."*

La psiquiatría nos enseña que el saberse próximo a la muerte se transforma en un suceso verdaderamente dramático para el enfermo que lo padece con angustia y desazón, pero que, sin embargo, puede sobrellevarse con dignidad

siempre que no se lo ignore ni se lo desprecie. Y en este sentido, el entorno social y familiar y por supuesto el médico asistente, lejos de soslayar y pretender ocultar esta inevitable circunstancia, deberían cumplir un verdadero papel terapéutico ayudando al paciente y contribuyendo a su buen morir.

El enfermo terminal.

Enfermo terminal es aquel que, basándose en los diagnósticos y las terapias disponibles, permite estimar razonablemente y con alta probabilidad de acertar, que morirá en corto tiempo.

Existe en nuestra sociedad, médicos incluídos, una natural tendencia a *huir del enfermo terminal y de su próxima muerte*. Como será nuestra carga de culpa que durante largo tiempo y a pesar de la gran riqueza idiomática, no pudo hallarse un término adecuado que definiera a ese paciente que, víctima de una enfermedad incurable, aún tiene un lapso de vida que transcurre entre el momento de conocer su diagnóstico y el desenlace fatal. No se lo debe llamar moribundo, porque esta palabra presagia un final inmediato que no se ajusta a la realidad; es más apropiado denominarlo *enfermo muriente* y tal es el término que ya se ha adoptado y comienza a figurar en la literatura reciente.

Al moribundo, tanto médicos como enfermeras están, por lo general, habituados a asistir con mayor o menor firmeza en sus últimos momentos. Pero para enfrentar al muriente muy pocos están preparados. ¿Qué hacer con ese hombre o esa mujer que conocen la gravedad de su padecimiento pero que están lúcidos y atentos a todo lo que los rodea? La mayoría prefiere emprender una irracional retirada y tratar de derivar el caso a otro colega o enviarlo a un centro asistencial, *porque ahí disponen de todos los elementos para atenderlo mejor...* (?). Tal es el temor y la aversión que tenemos hacia la muerte. Verdadera *tanatofobia*.

Pero valdría la pena recordar aquí el Juramento Hipocrático; muchos ya lo hicimos y otros, en un futuro próximo, tendrán que hacerlo. Una de sus sabias promesas, sentencia: *"aplicar regímenes para beneficio del enfermo acorde a mi habilidad y juicio; guardaré a éstos, libres de prejuicio e injusticia"*. Pero no dice: *"huiré ante el muriente o lo ignoraré si me requiere"*. Es necesario que el médico aprenda a enfrentar esta cruda realidad y que esté dispuesto a acompañar al enfermo que, en un momento tan crítico, lo necesita mucho mas a él como persona que a sus conocimientos científicos.

Por eso es muy importante conocer qué ideas, sensaciones y sentimientos pasan por la mente de quien sabe que su final está próximo, ya que se trata de la crisis más severa que debe enfrentar el ser humano.

La Dra. Elizabeth Kubler Ross⁽⁶⁾, psiquiatra suiza radicada en los Estados Unidos, realizó un magnífico trabajo de

investigación sobre enfermos murientes, que le permitió precisar *cinco estadios* psicoanímicos por los que atraviesa el paciente desde que conoce el diagnóstico de su enfermedad terminal hasta que sobreviene la muerte. Ello ayudó a extraer conclusiones de gran valor para dirigir las actitudes médicas. Dichos periodos son los siguientes:

• **Estadio 1: "Shock". Negación. "No puede ser".**

La mayoría de los enfermos al saber que padecen una grave enfermedad reaccionan con un "shock" emocional de negación que puede durar días o meses. El paciente comienza a intuir que algo malo pasa porque el comportamiento de sus familiares es distinto, no saben de qué hablarle o tocan temas triviales. En este estadio el médico debe ser muy prudente y honesto y sin dejar de reconocer la gravedad del caso debe no obstante permitir que flote una cierta luz de esperanza, aunque no de vida, por lo menos respecto al advenimiento de nuevos procedimientos diagnósticos o terapéuticos o simplemente en relación al alivio del dolor.

• **Estadio 2: Ira - Hostilidad - Culpa. ¿Porqué a mí?**

Cuando el paciente no puede seguir negándose a asimilar la verdad acerca de su padecimiento, se vuelve irritable y hostil, siendo evitado por sus allegados y aún por el personal de enfermería, que inclusive *tarda más en acudir a sus llamados*. No es fácil convivir con él ni estar a su lado.

Pero la familia deberá soportar esta etapa, acompañar al enfermo y ayudarlo a responder la pregunta que lo atormenta: *¿porqué yo?*; el poder asimilar una respuesta lógica lo llevará a pasar del enojo, a un estado de comprensión y mayor docilidad.

El médico debe, entre todos, ser el más comprensivo en esta etapa y aprender a soportar preguntas que no siempre tendrán fácil respuesta y que a veces solamente necesitarán de un silencio solidario.

• **Estadio 3: Magia - Misticismo - Regateo. A mí sí, pero...**

En esta etapa surge una palabra peligrosa: **esperanza**.

El paciente terminal acepta su verdad pero aún se aferra a una pequeña luz de esperanza que el médico *debe respetar pero no alimentar en exceso*.

El enfermo recurre a curanderos, sanadores o "médicos milagrosos", aún cuando ello le signifique sacrificarse, deambular y viajar por distintas ciudades e inclusive países.

Sin embargo, permitir que él espere que ocurra algo muy difícil pero no imposible es ayudarlo a soportar mejor sus últimos momentos; pero en cambio, alentar falsas expectativas es altamente pernicioso. Y esto, el médico lo debe tener muy en cuenta.

• **Estadio 4. Tristeza - Depresión - Llanto. Sí, a mí.**

Habiendo atravesado las tres etapas anteriores, en ésta el paciente se entrega ante la inevitable realidad que termina por deprimirlo, ya que toma conciencia de que va a

perder a todos los seres a quienes ama y a todo aquello que siempre quiso. Necesita comprensión y cariño mediante gestos o palabras o aún acompañándolo en silencio.

Pero en la actualidad, por lo general el enfermo muriente pasa sus últimos momentos en una Unidad de Terapia Intensiva entre aparatos, cables, catéteres, sondas y tubos, rodeado de enfermeras asépticas y médicos desconocidos, más preocupados por el trazado del monitor o por el resultado de una ecografía que por el ser humano que aún vive y respira tras esos ojos angustiados que muy pocos se detienen a mirar. En su impotencia podrá reclamar respeto y pudor, pero con frecuencia sólo recibirá órdenes en voz alta, sedantes y hasta alguna técnica invasiva si estuviera indicada. Sin embargo, para él hubiera sido suficiente que tan sólo por un momento nos detuviéramos a contemplar su rostro, tomar su mano, palmearle el hombro...

Y así termina su vida, despaciosa y serenamente. Ya no tiene contra qué luchar, pero tampoco siente miedo, porque una paz que no conocía comienza a invadirlo.

• **Estadio 5: Aceptación - Paz - Silencio. Así sea...**

Lógicamente no debe pensarse que estas cinco etapas se cumplen inexorablemente y en riguroso orden. Hay retrocesos, yuxtaposición de estadios y en ocasiones, un acelerado tránsito por los mismos hasta llegar al inevitable final.

Si bien todos los mortales debiéramos pensar, meditar y reflexionar serenamente sobre la muerte, el médico está inexcusablemente obligado a conocer, comprender y saber manejarse ante este trascendental acontecimiento y jamás permanecer indiferente. Todo médico debe aprender a ayudar a bien morir a un paciente terminal y estar cerca de él y de sus familiares que también necesitan de apoyo, guía y comprensión. ⁽⁴⁾

Sin embargo este tema no se enseña ni se aprende en la Facultad, ni en ninguna cátedra, ni en el hospital; es una deuda pendiente. Por eso el médico improvisa actitudes frente al enfermo terminal, o no lo comprende, o lo desatende, o intenta evitar este crítico momento.

¿Qué debemos hacer? Simplemente recurrir a la sabiduría interior y aprender primero a aceptar nuestra propia muerte y luego la de los demás seres vivientes como un hecho lógico y natural. A partir de aquí, podremos entender, acompañar y ayudar a nuestros enfermos terminales con hechos, actitudes, palabras, gestos o simplemente miradas que pueden brindar mucho más alivio que mil conocimientos técnicamente perfectos. El médico que no sepa hacerlo no puede considerarse como tal.

El final de la vida y la bioética.

Hoy se acepta que el enfermo terminal tiene *derechos* que están relacionados con una muerte digna y que no se pueden negar y menos aún ignorar ⁽⁵⁾. Se refieren a:

- no sufrir inútilmente.
- conocer la verdad de su situación.
- que se respete la capacidad de decidir por sí mismo.
- recibir asistencia espiritual y religiosa.
- renunciar a remedios o prácticas desproporcionadas que no logren resolver la enfermedad de fondo.
- oponerse voluntariamente a empecinamientos terapéuticos en la Unidad de Terapia Intensiva y a indicaciones de cirugía o quimioterapia con perspectivas ciertas y estadísticas de sobrevida muy escasas.

El paciente incluso puede aceptar, previa información correcta, que se utilicen medicamentos o técnicas que aún se encuentren en fase experimental y no estén libres de riesgo; pero también puede rechazar prácticas que no tengan posibilidad curativa integral, ya sea porque toma una decisión personal o porque le resultan onerosas a él o a su familia. Este es un derecho personal que está amparado por la ley.

En este sentido se transcribe un párrafo muy ilustrativo extractado de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) que dice: *"Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la Medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no esté libre de peligro, o sea demasiado costosa. Su rechazo, no equivale a suicidio; significa más bien, o simple aceptación a la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o a la colectividad"*.⁽⁸⁾

Asimismo, Pío XII decía en 1957: *"El hombre tiene el derecho y el deber, en caso de enfermedad grave, de tomar medidas necesarias para conservar la vida y la salud. Pero obliga sólo al empleo de medios ordinarios, según las circunstancias de personas, de lugares, de época, de culturas, es decir a medios que no impongan una carga extraordinaria para sí mismo o para otro"*.⁽⁹⁾

La muerte, la jurisprudencia y el médico.

Si bien hasta no hace mucho tiempo la muerte no necesitaba ser muy bien definida porque se la aceptaba como un hecho cierto tanto para el médico, como para el sacerdote o el jurista, últimamente con el advenimiento de los transplantes y las necesarias donaciones de órganos, ha debido precisarse dicho concepto dadas sus innumerables consecuencias jurídicas, sociales y religiosas.

En el año 1993, al promulgarse la ley 24.193 de transplantes de órganos, se adoptó como válido el criterio de la "muerte cerebral", que se caracteriza por los siguientes conceptos: "el fallecimiento de una persona se considerará como tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos que deberán persistir ininterrumpidamente 6 (seis) horas después de su constatación conjunta:

1. ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia;

2. ausencia de respiración espontánea;

3. ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas;

4. inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud y Acción Social, con el asesoramiento del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

La verificación de los signos referidos en el inciso 4 no será necesaria en caso de paro cardiorrespiratorio total e irreversible.

La mayoría de los autores sostiene que el único concepto de muerte que corresponde aceptar a los fines jurídicos es el de muerte cerebral explicitado en la ley antedicha.

Esto trae aparejada una serie de consecuencias de extrema importancia como ser:

- no configura homicidio disparar con un arma sobre quien se encuentra en esta situación, aunque haya sido con la intención de matar.
- la desconexión de los aparatos externos no puede ser considerada como eutanasia, puesto que se está en presencia de un muerto.

Ahora bien, nuestra legislación no permite la eutanasia activa (vide infra) ya que quien la practica incurre, en principio, en el delito de homicidio simple, reprimido por el artículo 79 del código penal vigente.

Pero ¿qué pasa si un médico que asiste a un enfermo mayor de edad, con plena capacidad, que no desea continuar sometiéndose a un determinado tratamiento o no quiere iniciarlo, resuelve abstenerse de seguir atendándolo? ¿Podría ser condenado por abandono de persona, por ayuda al suicidio o hasta por homicidio?

Sin entrar en detalles que no se ajustan al carácter de esta presentación, corresponde vincular dichas conductas con el derecho que asiste al médico de *respetar la voluntad del paciente a no tratarse o no internarse*. En consecuencia no existiría delito cuando lo que se hace es simplemente respetar la voluntad personal. Claro está que en este caso convendría conformar lo que se denomina "preconstituir la prueba" por medio de una constancia escrita o con testigos, de tal manera que no queden dudas acerca de cual fue la voluntad del paciente.

La ética y sus principios.

Ética es la ciencia que normatiza la conducta humana en bien del ser humano mismo y de todo el universo.

No solamente es necesario querer actuar con ética sino que es menester tener *criterio ético* que es el que nos indica qué debe o no hacerse en determinado momento⁽¹¹⁾. Pero recordemos que nadie nace con criterio y que a éste hay que formarlo.

La ética se rige por tres principios fundamentales:

1. Todo ser humano es autónomo e inviolable.
2. Todos los seres humanos tienen iguales derechos.
3. Ningún ser humano tiene derecho a hacer daño a otro sin necesidad.

Respetando y poniendo en práctica estos principios lograremos una conducta ética en todas y cada una de nuestras actuaciones.

Bioética es la ética aplicada a la vida; es actuar éticamente respetando por sobre todas las cosas la vida misma. Es un reto para el hombre y más aún para el médico.

Si bien todo profesional de la Medicina debe cultivar y fomentar sólidos principios éticos, que vale la pena reiterar, no se traen al nacer sino que deben adquirirse, los problemas que debe enfrentar en ese sentido han aumentado en cantidad y complejidad en los últimos tiempos lo cual torna prudente y necesario que, sobre todo en los hospitales y centros de atención de la salud, existan *comités de bioética* que sirvan para orientar y aconsejar al profesional respecto a la adopción de medidas o conductas frente al paciente, con más razón si éste es un enfermo crítico o terminal.

Eutanasia.

Etimológicamente *eutanasia* significa "buena muerte", entendiéndose por tal "el dar muerte intencionalmente a otro por motivos de compasión". Con el uso, la palabra en Medicina fue perdiendo su significado etimológico y actualmente se aplica a "la acción médica mediante la cual se acelera el proceso de la muerte de un enfermo terminal o se le quita la vida".⁽⁴⁻¹¹⁾

Existen otros términos afines cuyo significado conviene conocer:

- *Ortotanasia* es muerte correcta, no acelerada ni detenida intencionalmente; es respetar el curso natural de la muerte apoyando al paciente con medidas elementales como la hidratación parenteral básica y el alivio del dolor.
- *Distanasia* es retrasar la muerte por todos los medios, proporcionados o no, aunque no exista posibilidad o esperanza de remisión o cura de la enfermedad de fondo. También se denomina así a la muerte dolorosa.

Clásicamente se divide a la eutanasia en *activa* y *pasiva*. La primera se refiere a la acción médica que acelera la muerte o pone término a la vida de un enfermo terminal, ya sea en forma directa o proporcionándole la manera o los medios para hacerlo. La segunda, en cambio, consiste en no iniciar o discontinuar un tratamiento que podría prolongar la vida.

Sin embargo en la práctica los hechos no se dan de manera tan clara. La O.M.S. ha efectuado una publicación bajo el título: "*Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer*"⁽⁸⁾ en la que se hace una serie de consideraciones

éticas acerca de dicho manejo terapéutico. Cita como ejemplo el caso de un paciente terminal a quien el médico administra un *tratamiento adecuado* para el dolor a fin de combatir tan dramático síntoma que suele incapacitar física y mentalmente. Si como consecuencia del mismo se produce un acortamiento de la vida (*intolerancia medicamentosa a un tratamiento correcto y necesario*) esta circunstancia no puede considerarse como eutanasia. Todo lo contrario ocurriría si la muerte sobreviene por *sobredosificación* del analgésico.

En cambio si sería factible considerar como eutanasia el hecho de interrumpir o no administrar la hidratación básica o los mínimos requerimientos alimentarios a un paciente terminal, ya sea por vía enteral o parenteral. Ambas cosas no deberían negarse jamás a ningún enfermo.

Algunas de las siguientes pueden ser *posibles razones* para practicar una eutanasia pasiva:⁽¹¹⁾

1. **Rechazo al tratamiento.** El enfermo lúcido y consciente es dueño de su vida y de decidir acerca de no someterse a un determinado tratamiento. El médico, al margen de sus motivaciones personales o religiosas, debería respetar su decisión, previa explicación a él y a sus familiares de las consecuencias que puede acarrearle dicho rechazo.
2. **Tratamiento inútil.** Si las posibilidades de mejoría son prácticamente nulas o los inconvenientes provocados por la terapéutica pudieran ser mayores que los beneficios, el médico puede no iniciar o interrumpir un tratamiento que tan sólo prolongaría la vida por un corto tiempo. Esto no incluye la hidratación básica ni los requerimientos alimentarios mínimos ya expresados. No obstante, muchas veces no resulta sencillo predecir el resultado que arrojará determinada terapia y en este caso el profesional deberá actuar conforme a su experiencia y a su juicio. Por otra parte y dentro de este contexto, *las maniobras de resucitación cardiorrespiratorias* en un enfermo terminal han sido cuestionadas éticamente, entre otras cosas porque la mayoría de las veces se practican sin el consentimiento del enfermo⁽⁷⁾. En estos casos conviene evaluar prudentemente al paciente y tomar en cuenta su voluntad o la de sus familiares, antes de practicar o no este tipo de maniobras.
3. **Calidad de vida.** Su análisis y por ende la toma de decisiones al respecto, conforma *una de las situaciones más controvertidas de la práctica médica*, ya que la calidad de vida es difícil de conocer y evaluar y no debe medirse por un factor social o familiar y mucho menos económico. No podemos decir: "no le hagamos nada a este viejo porque ya cumplió su etapa y es una carga para la familia". Jamás los médicos debemos ponernos en el papel de dioses. En consecuencia, hay que ser muy precavidos al tomar decisiones basadas exclusivamente en este aspecto..

4. Costo-beneficio. Los altos costos de un tratamiento pueden ser considerados como motivo para suspenderlo. No tiene sentido caer en un "encarnizamiento terapéutico", ni clínico ni quirúrgico, que lejos de beneficiar al paciente terminal sólo prolongaría su muerte ocasionándole enormes gastos a él, a su familia, o al estado. Está demostrado que en una unidad de cuidados intensivos, los costos por tratamientos prolongados son inversamente proporcionales a la posibilidad de sobrevivir (beneficio)⁽²⁾. Sin embargo considerar solamente el factor económico para justificar una eutanasia pasiva es muy riesgoso y antiético y si éste va a ser tenido en cuenta de manera prioritaria, es preferible que la decisión sea asumida por la sociedad o el gobierno como parte de una política para racionalizar y distribuir mejor los recursos. El estado puede fijar políticas de salud y decidir a quien dializar o a qué paciente transplantar⁽¹⁰⁾. Respecto a este último aspecto existen países, regiones, provincias o ciudades con *elementales y no demasiado costosos problemas de salud aún no resueltos como la mortalidad infantil* y que no obstante se embarcan con gran promoción en programas de trasplantes que demandan importantes sumas del presupuesto y que solamente benefician a un porcentaje mínimo de la población. Estos hechos, generalmente, *configuran tan solo un mezquino alarde de cientificismo y fama para una minoridad o un reducido grupo de "profesionales"*. Sin embargo el médico, frente a estos hechos, debe mantener una actitud prudente y mesurada, tratando de aconsejar al paciente y/o a sus familiares y evitando en lo posible que lo "obliguen" a practicar una eutanasia pasiva por motivos meramente económicos.

Finalmente y a manera de síntesis del controvertido tema de la eutanasia, se transcribe la opinión, que compartimos, de Fermín García Marcos quien en su ensayo sobre "Reflexiones bioéticas"⁽⁴⁾ puntualiza:

1. No es lícita la acción intencional que provoca en forma directa la muerte del enfermo.
2. No es lícito, éticamente, omitir una prestación básica de soporte de vida, como la hidratación o la alimentación parenteral.
3. Un tratamiento medicamentoso o el apoyo tecnológico adecuado, pueden ser interrumpidos en un enfermo terminal en coma, siempre que se haya demostrado su ineficacia.
4. No es lícito ayudar a que un paciente se suicide ya que, aparte de atentarse contra la ley civil que defiende la vida, se vulnera la ética médica y su objetivo mayor que es preservar la vida.
5. Es lícito y ético administrar analgésicos para aliviar el dolor, aunque actúen atenuando la conciencia y puedan acortar la vida.

Por último, en todos los aspectos que tengan que ver con el accionar médico, más aún si se trata del manejo de pacientes terminales, es menester que el profesional posea una conciencia personal sólida y bien formada en su doble condición, clínica y ética. Con ello logrará conducirse en la vida con la necesaria prudencia, el imprescindible juicio crítico y el consabido respeto por la vida y la muerte.

" La vida es preciosa: cuídala.
La vida es una riqueza: guárdala.
La vida es amor: vívela.
La vida es una promesa: respétala."

¿Qué es la Vida?
Madre Teresa de Calcuta

BIBLIOGRAFIA.

1. ARIES, PH. El hombre ante la muerte. Ed. Taunus, Madrid, 1983.
2. BAYER, R et al. The care of the terminally ill: Morality and economics. N. Engl. J. Med. 309: 1490-94, 1983.
3. DOPASO, H. El buen morir. Ed. Errepar, Bs. As., 1994.
4. GARCIA MARCOS, F.; DI BARTOLO I.; GARCIA, C. La muerte gran acontecimiento de la vida. Pren. Méd. Argent. 85: 378-387, 1998.
5. GARCIA MARCOS, F. Ética en el tratamiento de pacientes con cáncer. Rev. Lat. de Onc. Cl. 27: 109-136, 1996.
6. KUBLER ROSS, E. Sobre la muerte y el morir. Ed. Grijalbo, Barcelona, 1974.
7. MILES, S. H. et al. The no-resuscitate order in a teaching hospital. Ann. Int. Med. 96: 660-64, 1982.
8. O.M.S. Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer. Serie de informes técnicos N° 804; Ginebra, 1990.
9. PIO XII. Discurso ante el IX Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología. Febrero de 1957. Pío XII y las Ciencias Médicas. Ed. Guadalupe, Bs. As., 1961.
10. PURTILLO, R. B. Ethical and policy issues in the procurement of cadaver organs for transplantation. N. Engl. J. Med. 311: 981-86, 1984.
11. VELEZ CORREA, L. A. Ética Médica. Corporación Para Investigaciones Biológicas. Ed. Presencia Ltda. Bogotá, Colombia, 1987.