

CURSO DE BIOETICA A DISTANCIA

Hna. Dra. Elena Lugo, Ph.D.

Modulo IX

Cuestiones sobre el Cuidado del Paciente de condición terminal

- A. Recursos desproporcionales y la futilidad clínica**
- B. Cuidados básicos –hidratación y nutrición artificial**
- C. Eutanasia y suicidio médicamente asistido**

SITUACION

“Un paciente se resiste a ser trasladada a cuidado paliativo pues lo considera idéntico al abandono a la muerte” De ser Ud el familiar de custodia, como procedería a convencerla que cuidado paliativo es un cuidar esmerado y conforme a la dignidad ¿

A. Recursos desproporcionales y la futilidad clínica

Tradicionalmente se han usado los términos “ordinarios” y “extraordinarios” para designar el criterio del cuidado apropiado en contraste al inapropiado ante el paciente de condición Terminal. Pero estos resultan clínicamente ineficaces hasta tanto no reciban una descripción de su significado. Dos factores han de contribuir a esta descripción: una comparación de los tratamientos clínicamente indicados, y la consideración de parte del paciente quien evalúa, acepta o rehusar el tratamiento indicado. No podemos perder de vista sin embargo, el carácter dinámico de estos conceptos como bien lo indica el **Papa Pío XII** cuando señala que generalmente estos conceptos varían según circunstancias de personas, lugares, épocas y culturas.

Por lo general “ordinario” quiere decir moralmente obligatorio, mandatorio, requerido, e imperativo, mientras que “extraordinario” quiere decir moralmente opcional, electivo, prescindible. Según Gerald Kelly, S.J. la distinción puede entenderse de la siguiente manera: “Para una terapia ser obligatoria debe: 1) ofrecer una posibilidad razonable de beneficio; 2) no suponer gastos, dolor u otras inconveniencias excesivas. Naturalmente se trata aquí de calcular un balance entre beneficios y riesgos.

Según R. Veatch, la distinción entre “ordinario y extraordinario” es equivalente a tres otras: lo usual y lo raro, lo útil y lo inútil, lo imperativo y lo electivo. Mas éstas resultan ambiguas a menos que caractericemos lo usual, útil e imperativo como lo médicamente indicado para lograr una recuperación del paciente. A su vez la recuperación puede significar fundamentalmente tres estados: un retorno al estado de salud previo a la enfermedad; un retorno a una condición caracterizada por alguna pérdida funcional de carácter físico o mental — qué severidad?; o un retorno a las funciones vitales espontáneas, pero habiendo perdido auto-consciencia y/o la actividad cognoscitiva. Alguna concepción **objetiva**, y no del mero gusto o costumbre social de lo que constituye la calidad humana de la vida, se hace necesaria como norma para estimar el tipo de la recuperación que amerita el uso de los medios de prolongación de la vida. En muchas situaciones clínicas la perspectiva del paciente ante lo que considera una recuperación “razonable” y en general deseable por una mayoría en situaciones similares, es aceptada como válida. En vista de lo dicho, un tratamiento ordinario, ante el cual existe obligación moral por parte del médico y el paciente, es aquel que promete una recuperación del primer tipo y hasta del segundo tipo cuando la severidad de la pérdida funcional no es excesivamente grave culminando en la muerte en un tiempo previsible. Medios extraordinarios, ante los cuales existe la opción

moral de usarse o no, son aquellos medios que no ofrecen garantía de recuperación alguna o sólo del tercer tipo entre los citados. Hasta aquí la forma más tradicional de expresarse. Sugiero una más contemporánea.

Si centramos la atención en la terapia o intervención clínicamente considerada podríamos designar **proporcional** y clínicamente indicada aquella terapia que puede lograr los resultados para la cual fue diseñada en beneficio del paciente bajo cuidado. En cambio la misma terapia sería fútil o no proporcional si no lograra sus resultados en un grado considerable y de relativa duración para la condición bajo tratamiento. Pero, al centrar la atención en el paciente la terapia podría ser **ordinaria** si el paciente la evalúa en armonía con su concepción de la vida y la salud en cuanto bienes inherentes al ser persona. De modo, si la intervención propuesta supone un gravísimo dolor, riesgos o penas substanciales esta intervención sería extraordinaria. En conclusión: si una terapia es proporcional y ordinaria entonces es éticamente obligatoria; si es clínicamente proporcional pero considerada extraordinaria por el paciente debe darse un diálogo y más discernimiento antes de proceder; pero si es desproporcional y extraordinaria la terapia es claramente fútil y de modo alguno obligatoria.

Algunos argumentan que en vista que la vida humana es condición para la realización de la libertad personal, la primera ha de prolongarse usando todos los medios razonables y apropiados siempre y cuando que éstos sirvan a la realización de una autonomía significativa, a una “existencia razonablemente dichosa” o a una “prolongación de vida humana”. Señalan como criterio mínimo para la experiencia humana la “capacidad inherente a responder efectivamente y cognoscitivamente a la atención humana y a iniciar algún grado de comunicación hacia los demás”.

Debemos observar cautela y prudencia al intentar que decidir en torno a la vida humana, orientado por alguna noción de la calidad o criterio mínimo de la humanidad de esta vida, lo cual puede conducir al riesgo de decir que la vida de una persona en particular es más valiosa, por manifestar esa calidad o satisfacer ese criterio que la de otra persona por carecer de éstos.

Debemos insistir en la bondad o valor inherente a la vida en sí y en la obligación de conservarla respetuosamente por todos los medios al alcance, excepto cuando toda esperanza de lograrlo desaparece y lo único que queda es la tarea excesivamente costosa de un prolongar el proceso de muerte ya iniciado irreversiblemente. El autor nos ofrece un contrapunto a la tendencia ya articulada de ofrecer criterio cualitativo (**quality of life**) a la vida o de definir vida propiamente humana en vista de su capacidad para la interacción social, y colocar en su lugar el énfasis en la santidad inherente a la vida en sí. Por otro lado, Paul Ramsey señala que los argumentos de “calidad de vida” deben evitarse porque violan el principio de la **igualdad** de vida. Tal parece que Ramsey enfoca su atención en factores médicos como criterio para clasificar a los pacientes como moribundos o sobrevivientes potenciales, y médicamente indicados. Pero, no vemos cómo estos factores pueden usarse independientemente de los valores que les inspiran, controlan, y limitan.

Nos inclinamos a favorecer una posición intermedia que promete reconciliar los argumentos pro calidad de vida y los pro-dignidad y santidad de la vida en sí. Reconocemos que la vida es un valor en sí pero que es también la condición básica para los logros distintivos del hombre que incluyen toda una gama de valores esenciales a la vida humana. De concentrarnos exclusivamente en la vida como un bien en sí podríamos estar pensando en ella desde una perspectiva vitalista como existencia de procesos vitales y metabólicos, es decir, vida biológica. Pero de centrar la atención en la vida en cuanto bien instrumental percibimos vida como el funcionamiento de capacidad inherente a la noción de persona, en sí un valor incalculable e insustituible.

Los argumentos pro-santidad de la vida no deben conducirnos a una posición vitalista, promulgando la prolongación de vida biológica **carente de espontaneidad** y funcionando sólo **por medios artificiales**. Pero sí nos obliga a conservar la vida como un valor que trasciende aquellas condiciones accidentales de mera preferencia individual, o como mera costumbre social

de carácter transitorio y a menudo utilitarista. También nos protege de la discriminación contra vidas o personas empobrecidas de bienes espirituales, capacidades o de baja productividad social. Ahora bien, los argumentos pro-calidad de vida deben plantearse desde el contexto de una profunda reverencia hacia la vida o como una extensión del respeto ante la santidad de la vida. De modo que el rechazar la posición vitalista y/o la conservación artificial de vida biológica lo hago a nombre de la santidad inherente a la vida humana.

B. Hidratación y nutrición artificial (NHA)

Si consideramos su carácter técnico y la destreza profesional del clínico que la administra podría verse la NHA como una terapia mas la cual quedaría sujeto al criterio de proporcionalidad. Es decir, si NHA es efectiva en prolongar la vida entonces es adecuada, pero si la calidad de vida que mantiene es considerada casi despreciable podría inclusive verse la NHA como extraordinaria. Es decir, desde un ángulo clínico NHA es una terapia más algunas veces éticamente obligatoria y otras opcional. Pero, si miramos la NHA como cuidado básico a un paciente, independiente de su dolencia y gravedad o etapa de la vida, entonces es siempre obligatorio. En este espíritu reconocemos el sentido de las palabras de SS Juan Pablo II en Marzo de 2004 cuando declaro a la NHA atención fundamental al paciente en respeto a su dignidad. Se desprende de ello unas salvedades. Cuando el paciente ya moribundo no pueda asimilar la nutrición artificial o en la medida que esta en lugar de suponer beneficio a la vida se presenta como penosa e inclusive obstáculo al proceso natural de morir, entonces NHA seria desproporcional y extraordinaria. Seria fútil, es decir ni clínica ni éticamente indicada.

C. Eutanasia y suicidio médicamente asistido.

Jyl Gentzler¹ pregunta si efectivamente puede argumentarse a favor de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido (SMA) sobre la base de la dignidad inherente al ser de persona.

C.1. El autor examina en primer lugar el pensamiento de I. Kant para quien todo ser humano cuenta con dignidad en virtud de su capacidad para la deliberación y decisión autónomas. Esa autonomía no necesita ser evidenciada empíricamente sino que se deriva en principio del mero hecho de ser persona. La dignidad ni se adquiere ni se pierde, sino que sencillamente pertenece al ser de la persona. En un contexto kantiano, el suicidio como la eutanasia serían moralmente inadmisibles pues violentan la dignidad de ser persona en cuanto valor intrínseco, pues ambas acciones tratan a la persona como cosa dispensable, medio o instrumento para lograr otro valor inferior a la dignidad, como sería el alivio del dolor o la superación de la soledad. Al eliminar la causa que motiva el suicidio o la eutanasia, se eliminaría la persona en su dignidad y se desintegraría su unidad espíritu/corporeidad.

C.2. Ante el interrogante de si la eutanasia es compatible con la dignidad, otro planteo que se toma en consideración enfoca la experiencia de la propia vida como carga emocionalmente severa para otros seres amados. Ello llevaría a verse obligado, por dignidad, a procurarse la muerte a modo de sacrificio personal por el bien de otros. Pensamos que semejante sacrificio no se plantearía si la sociedad en pleno asumiese su responsabilidad de procurar cuidado eficaz y compasivo para los moribundos al igual que cuidado extenso y completo para los envejecientes en el seno de sus familias. De este modo el individuo dependiente e incapacitado no se

¹ J. Gentzler. "What is death with dignity?". THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY Vol.28#4 August 2003 pages 461-480.

autoevaluaría como carente de dignidad y como un estorbo para la familia. El presunto deber de morir inspirado en una benevolencia hacia la familia no se sustentaría si las familias mostrasen fidelidad en su beneficencia hacia el familiar dependiente y dolorido.

C.3. Otra concepción de la dignidad personal, derivada de la dignidad como inherente al ser persona, identifica la dignidad con la condición de bienestar e inclusive con el placer. A la dignidad como bienestar se le opone la supuesta indignidad del dolor. La vida transida de dolor se torna insuperable y se la declara carente de valor. Se argumenta que una vida tiene valor según la cantidad y tipos de placeres que esta permita. De modo que en ausencia de los placeres de preferencia para el paciente, la vida pierde su sentido y motivación, y se hace penosa, con lo cual se argumenta que es preferible librarse de ella. Ante la indignidad del dolor se puede ofrecer un contraargumento, a saber, que la farmacología y técnica médica ofrecen una diversidad de recursos para controlar o manejar el dolor de modo personalizado. Resulta instructivo destacar que el documento pro suicidio médicamente asistido (Oregon Death with Dignity Act= ODA) no incluye el dolor como factor motivante de la solicitud para eutanasia o suicidio asistido. Lo que sí se señala como motivación para el suicidio asistido es la soledad, el abandono y en especial la dependencia del paciente incapacitado.

C.4. ODA argumenta la indignidad de la dependencia teniendo como criterio de dignidad la independencia o la autosuficiencia. Thomas Quill identifica el terror a depender de otros para las actividades más íntimas como justificación para colaborar con la petición de “Diane” a quien asistió en el morir. A modo de contraargumento proponemos recordar que la vida personal no es autosuficiente y que en cada etapa de la vida - no sólo en la infancia - cada uno depende de otros. La vida personal supone una red de interacción y vínculos en diversas comunidades. La dependencia es un factor esencial en la vida y en sí misma no puede simbolizar carencia de dignidad. Sí sería éticamente apropiado distinguir entre formas de dependencia que acentúan la dignidad en una solidaridad interpersonal y otras que podrían ser equivalentes a manipulación coercitiva y abusiva del dependiente.

Creemos que de ningún modo puede equipararse la dependencia con una pérdida de la dignidad de la persona en vista del carácter intersubjetivo de la existencia humana.

C.5. Dworkin sugiere una concepción de la dignidad como equivalente a integridad. Para él la dignidad descansa en ejercer la responsabilidad moral de confrontarse personalmente con el interrogante fundamental sobre el significado de la vida, y sustentar la vida sobre la convicción más profunda de la propia conciencia. Se trata de vivir cada momento y evaluar cada experiencia según la convicción de un proyecto vital original que presta coherencia y continuidad al proceso personal de vivir. Como ya indicásemos, J. Pieper reconoce esta responsabilidad en su concepción de *status viatoris*. Pero para Dworkin respetar esa dignidad puede suponer aceptar que la persona determine por convicción propia cuándo y cómo morir. Ve la vida como una creación personal con su propia narrativa y coherencia de acuerdo a valores centrales determinados por una voluntad de prioridad sobre la razón. Pensamos que J. Pieper no interpreta la creatividad del *status viatoris* como autosuficiente sino en apertura y dependencia hacia una fuente suprahumana de significado.

C.6. La supuesta indignidad del dolor y de la dependencia para justificar el SMA /eutanasia se sustenta en un concepto de dignidad a modo de propiedad que al poseerla permite a la persona determinar sucesos íntimos como la vida y la muerte. Los filósofos recién citados identifican la dignidad con la función de autodeterminar el sentido de la vida (opción fundamental enraizada en la voluntad) y con el poder para determinar cuándo, cómo y dónde finalizar la vida si esta pierde el significado que la persona misma le otorga. Así piensan también figuras de renombre

intelectual como Thomas Nagel, Robert Nozick, John Rawls, Thomas Scanlon, Judith Jarvis Thomson, discípulos de escuelas idealistas de la subjetividad de la verdad y del bien.

C.7. Desde la perspectiva del Personalismo ontológico, aplicando un método orgánico planteamos que la dignidad es inherente al ser persona y no identificable con la función de autocontrol ni con la condición de independencia ni con la coherencia con un proyecto vital.

Según J. Seifel², la dignidad de la persona es asunto complejo y admite varios sentidos: la dignidad inherente al ser persona, la dignidad adquirida moralmente en la vida al formar un carácter de integridad virtuosa, la dignidad reconocida por los logros que otros estiman, y la dignidad al ocupar un puesto de distinción social. Pero Seifel insiste, y coincidimos con él, en que la dignidad inherente al ser persona es la primaria y debemos procurar no reducirla a sus modalidades derivadas, lo cual podría sugerir la legitimidad de la eutanasia/SMA.

C.8. Luis Ravaioli³ expone su explicación de la eutanasia como fenómeno cultural. Nos dice que la tesis eutanásica puede afianzarse en el contexto de una cultura materialista, porque supone una concepción unidimensional, hedonista y utilitaria de la vida humana. Para ella el dolor carece de sentido y es injustificable la existencia improductiva. Tampoco es comprensible la aceptación del cuidado tanto material como espiritual de la vida doliente o declinante. Se deja llevar por la rebeldía interior, perdiendo el profundo sentido del sufrimiento o bien se tiene una respuesta pobre, resignada, estoica y casi fatalista, cerrada a la esperanza.

El reduccionismo materialista conduce a ver al dolor como un mal absoluto que hay que combatir a cualquier precio y de cualquier manera. El bien radica en la carencia de dificultades, problemas, dolores y contradicciones. De nuevo resulta oportuno citar a Voltaire: *“Cuando todo se ha perdido, cuando no queda esperanza, la vida es un oprobio y la muerte un deber”*.

C.9. A su vez William May, eminente bioeticista norteamericano, vincula la eutanasia al individualismo liberal reinante en una época pragmática. Nos dice que la eutanasia presupone:

1. Un excesivo y casi exclusivo énfasis en la autonomía en cuanto autodeterminación volitiva de parte del individuo en torno al significado de la vida.
2. La idea de la vida personal (en contraste y casi separada) de la vida biológica. Se sugiere que la vida biológica carece de significado y que lo adquiere sólo en virtud de una vida cognoscitivamente activa. May reconoce acertadamente la influencia de un dualismo de espíritu/cuerpo versus la noción de la persona como espíritu encarnado.
3. Un clima cultural que desestima la posibilidad de encontrar sentido o valor en el sufrimiento, considerándolo un mal insuperable e intolerable que ha de ser eliminado al cualquier precio, inclusive de la muerte.
4. La dignidad auténtica, según la concepción permisiva de la eutanasia ya presentada en el segmento anterior, consiste en la posibilidad de controlar las circunstancias que rodean la propia vida y muerte.

C. 10. Resumen

² J. Seifel. “The Right to Life and the Fourfold Root of Human Dignity”. THE NATURE AND DIGNITY OF THE HUMAN PERSON: Pontificia Academia Pro Vita, Proceedings of the 8th Assembly, 2002.

³ Luis Ravaioli. *Valoración ética de la eutanasia*, pág. 17.

La postura pro eutanasia y SMA se enmarca en una concepción de la dignidad de la persona equivalente a la autonomía o libertad a escoger moralmente el morir cuando ya esa libertad no está funcionando según un criterio individual, en detrimento de la dimensión comunitaria de la persona y en claro desprecio del bien auténtico del ser persona inteligible a la razón.

Propone asimismo que la vida no es válida en sí misma, sino que lo es según la calidad establecida por las preferencias personales, es decir, que existe una vida indigna de vivirse, la cual se asocia al dolor, la dependencia y la ausencia de actividad placentera. Acentúa que el valor supremo es la capacidad de deliberar según la razón instrumental del cálculo de bienes / riesgos, en contraste con la razón ontológica en apertura al ser integral de persona. Acentúa además el decidir libremente o funcionar para adquirir los bienes de preferencia individual. Se destaca una prioridad excesiva y unilateral del Principio de Autonomía sobre el de Beneficencia y No maleficencia. Se evidencia un dualismo ontológico ante la persona como espíritu, de espíritu versus cuerpo, en claro rechazo de la noción de persona como espíritu encarnado.

C.11. Desde la perspectiva personalista no debería existir conflicto entre el respeto auténtico a la vida como bien en sí mismo y el respeto al principio de autonomía vinculado a la dignidad de la persona. Se ve la función de la autonomía en configurar un proyecto vital único, otorgar dirección y carácter a la vida humana y no en ser la fuente o fundamento de la dignidad del ser en sí de la persona, lo cual la razón práctica reconoce bajo el concepto de ley natural.

El fundamento de la dignidad es la naturaleza / esencia sustancial del ser humano. Es decir, nuestra naturaleza, en su desarrollo, se orienta intrínsecamente hacia el florecimiento humano y su bien integral. El valor de la autonomía se deriva de y representa pero no determina lo que otorga valor a la humanidad en sí misma. La autonomía no debe extenderse a decisiones no compatibles con el reconocimiento del valor básico o dignidad de cada persona. De modo que cuando la autonomía humana se ve a sí misma como creadora y criterio del bien y del mal, de lo correcto e incorrecto, ya no somos responsables ante la verdad y el bien intrínsecos de la persona y nos hacemos víctimas de las opiniones y preferencias subjetivas de cada uno en el momento de morir.

Estaríamos en el umbral de la cultura o más bien de la anticultura de la muerte. En lugar de eutanasia, proponemos *benemortasia*.