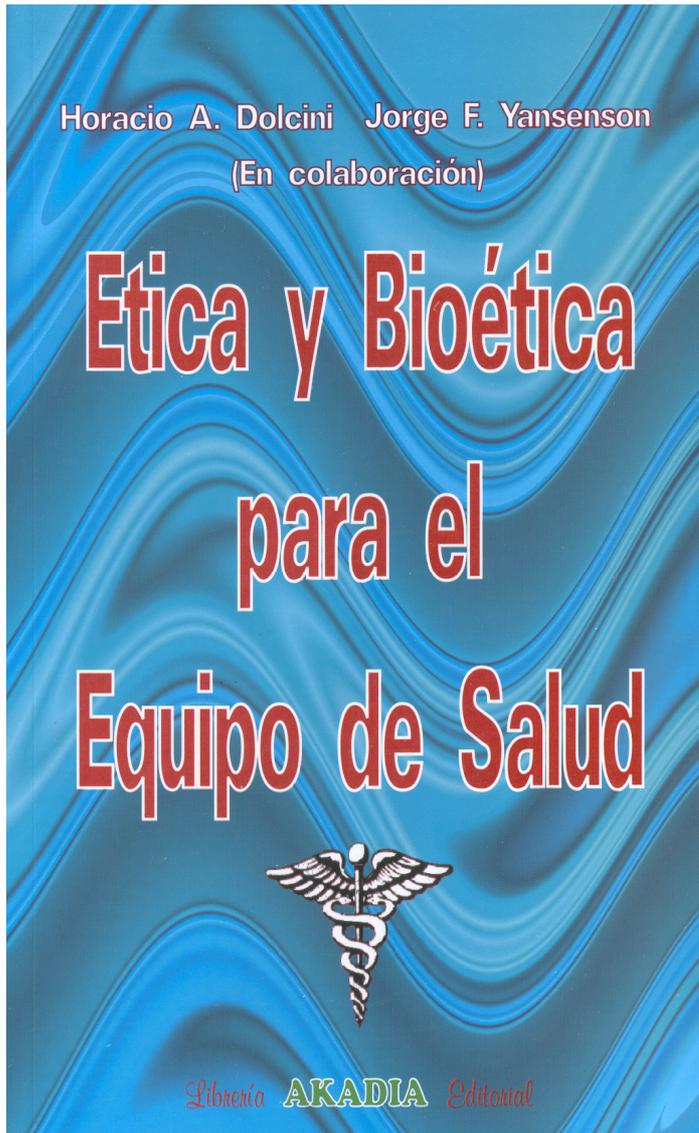


Ética y Bioética para el Equipo de Salud

Por
Horacio Dolcini y Jorge Yansenson.



Librería AKADIA
Editorial.

Primera edición:
2004.

Buenos Aires.

Este material
es de uso
exclusivamente
didáctico.

Índice

Capítulo 1 <i>BREVE HISTORIA EVOLUTIVA DE LA ÉTICA GENERAL y LA ÉTICA BIOMÉDICA EN LA CIVILIZACIÓN OCCIDENTAL</i> <i>Rolando C. Hereñú</i>	1
Capítulo 2 <i>DERECHO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS y DERECHO A LA SALUD</i> <i>Alejandro Morlachetti</i>	17
Capítulo 3 <i>EDUCACIÓN, ÉTICA y BIOÉTICA</i> <i>Horacio Alberto Dolcini y Jorge Fernando Yansenson</i>	39
Capítulo 4 <i>DERECHOS y DEBERES DEL PACIENTE y DEL EQUIPO DE SALUD</i> <i>León Cubellum y Claudia Rocca</i>	47
Capítulo 5 <i>SECRETO PROFESIONAL, CONFIDENCIALIDAD, SEGUNDA OPINIÓN, HISTORIA CLÍNICA, HONORARIOS</i> <i>Julio Ravioli</i>	57
Capítulo 6 <i>PRINCIPIOS ÉTICOS EN PUBLICIDAD y DIFUSIÓN DE LAS NOTICIAS MÉDICAS</i> <i>Martha G Cora Eliseht</i>	73
Capítulo 7 <i>LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD COMO INTEGRANTES DE INSTITUCIONES PÚBLICAS, PRIVADAS, JUDICIALES, COMERCIALES, INDUSTRIALES, ETC.</i> <i>Marcos Weinstein</i>	87
Capítulo 8 <i>INVESTIGACIÓN y EXPERIMENTACIÓN HUMANAS</i> <i>Julio Néstor Cosen y Ródica H. de Cosen</i>	95
Capítulo 9 <i>PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL COMIENZO DE LA VIDA (ABORTO, ANTICONCEPCIÓN, DIAGNÓSTICO PRENATAL y FERTILIZACIÓN ASISTIDA)</i> <i>Mario Sebastián</i>	
Capítulo 10 <i>PROCEDIMIENTOS VINCULADOS A LA ABLACIÓN DE ORGANOS y TEJIDOS PARA TRASPLANTES</i> <i>Eduardo Tanus, Rafael Galíndez, María Elsa Barone, Beatriz Firmenich y Ignacio Magio</i> ...129	
Capítulo 11 <i>LA ÉTICA EN PSICOPATOLOGÍA (ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS, DROGADICTOS, ETC.)</i> <i>Luis A. Allegro y Fabián L. Allegro</i>	179
Capítulo 12 <i>PROBLEMAS BIOÉTICOS EN SITUACIONES PARTICULARES (TOXICOMANÍAS, SIDA)</i> <i>Mario A. Kameniecki</i>	189

Capítulo 13

EL ENFERMO CON PATOLOGÍA TERMINAL. PAUTAS DE CONDUCTA ASISTENCIAL

Francisco M. Alvarinhas y Elisa A. Alvarinhas.....197

Capítulo 14

ÉTICA y MALA PRAXIS

Nora Iraola y Hernán Gutiérrez Zaldívar.....233

13 EL ENFERMO CON PATOLOGÍA TERMINAL. PAUTAS DE CONDUCTA ASISTENCIAL

Francisco M. Alvarinhas y Elisa A. Alvarinhas

AXIOLOGÍA DE LA MUERTE

En el conocimiento de la muerte se origina la concepción del mundo que poseemos como seres humanos. Cuando el hombre biológico se hace hombre existencial se da cuenta de su infinita soledad en el mundo.

O. Spengler. La decadencia de occidente.

1. Introducción

Desde siempre, más allá de fenómeno biológico del ser vivo, la propia muerte ha estado presente como posibilidad existencial del hombre. Es la posibilidad más propia del ser, es la que se erige como verdadera situación inevitable en el propio vivir. En el extremo opuesto del tema vida esta presente la incógnita total: la muerte. El morir es mucho más que el cese biológico de la vida del sujeto, es algo que concierne a toda su estructura intelectual y emocional como individuo y como ser social. La muerte le ocurre al sujeto que la está viviendo, no obstante tiene todos los atributos de los actos ocurridos en la estructura de la sociedad en la cual él vive y muere. Decía Camus *"para conocer un pueblo hay que saber como ama y como muere"*.

Lo ineluctable de la muerte y su posibilidad anticipante como sentimiento le da el sentido trascendente a la vida. Esta anticipación vivencial de la muerte no se obtiene por un acto intelectual, sino mediante un sentimiento específico: la angustia consciente de existir. Insiste en este planteo Heidegger: el ser para la muerte es esencialmente angustia. "Existir de manera auténtica es concienciar la aceptación de la propia finitud". Tal vez este haya sido el primer pensamiento trascendente del hombre en los lejanos comienzos de su hominización, y todo su mundo emocional, su historia como formador e integrante de sociedades, sus logros materiales como creador de culturas, sus sublimes planteos filosóficos, el crear mitos, religiones, éticas y trascendentales cosmogonías no haya sido más que querer escapar a la muerte que lo atemorizó desde los comienzos de su autoconciencia y su inteligencia inquisidora. En ese su trabajo reflexivo de milenios, primero creó sus mitos, para explicar sus miedos, con ellos creó sus religiones en las cuales encontró o creyó encontrar su seguridad recreando los nuevos mitos de su propia inmortalidad. Lo caracteriza como hombre, le da forma y expresión de hombre, lo hace integralmente "el hombre" por ser consciente de su muerte.

En Antropología Cultural se observan dos actitudes, aparentemente contrapuestas, frente a la enfermedad y la muerte que dominan la conducta del hombre en sus respectivas sociedades. Son ellas: renacer más allá de la muerte o diluirse en la nada del Universo total. Pero ambas posiciones son esperanzadas, inherentes a cualquier sociedad credencial, prácticamente todas las sociedades que registra la historia de la humanidad y aun en la sociedad desacralizada y globalizada de la actualidad

Las sociedades detentadoras de una larga tradición cultural centrada en el dualismo han tenido el refugio esperanzado final de una vida eterna después de la muerte. Cielo e infierno, son etapas del destino final: la inmortalidad del alma. El premio o el castigo en la vida eterna por las acciones, buenas o malas por él realizadas en su vida terrenal, breve o no, solo transitoria, afirma y corrobora su esperanza de inmortalidad después de la muerte. En ellas una

determinada axiología de la muerte es inherente al individuo como persona, así como integrante de su sociedad. En los pueblos orientales con sus múltiples reencarnaciones, es también una forma de dualismo temporal, solo terrenal en una de las formas pero inmortal en el final de los tiempos. No importa el meridiano de la Tierra que se tome en consideración, ni importa el tiempo histórico en que los hechos de una sociedad estén transcurriendo, la muerte del hombre ha sido y es vivida y sentida de igual manera, personal y trascendente, como lo más importante de la vida

EL SENTIMIENTO DE LA MUERTE EN LA HISTORIA DE LA SOCIEDAD

La primera función de los mitos es reconciliar a la conciencia que despierta con el misterio fascinante de la muerte.
J. G Frazer

El tema de la muerte como parámetro axiológico no podrá ser ignorado al tomar en cuenta al conjunto de valores culturales ancestrales hondamente enraizados en la conducta del hombre relacionado a su grupo o sociedad.

El primer esbozo de culto humano a algo más allá de la muerte ha sido detectado por la paleo arqueología y lo constituyen algunas sepulturas del hombre de Neanderthal. El cadáver cubierto por polvo ocre y algunos escasos objetos de adorno personal son reveladores de un incipiente culto al muerto. Los hombres del paleolítico superior han dejado una verdadera galería pictórica y de grabados que confirman una cultura de la muerte. De allí en más, el neolítico y los comienzos de las culturas urbanas muestran la evolución del culto a los muertos hasta cimas casi incompatibles con lo rudimentario de la vida cotidiana de esas sociedades. Todas ellas, hasta nuestros días han practicado los más diversos cultos a sus muertos, acordes con las pautas culturales que le eran propias. Encontramos un denominador común: la esperanza de una vida después de la muerte. Sus motivaciones fueron, tal vez, la respuesta esperanzada a las preguntas que expresadas o implícitas en todos y cada uno de los momentos de la historia de las sociedades humanas, han marcado desde los comienzos la hominización de nuestros antepasados, desde el Horno Hábilis: constructor de herramientas, instrumentos de sus deseos más primarios y elementales, hasta el hombre "Sapiens", imaginador de mitos en los que cifraba sus angustias de respuestas, creador de religiones con las que hilvanaba esperanzas de inmortalidad, gestor de filosofías sublimes, de civilizaciones grandiosas y también productor de los horrores y aberraciones más inconcebibles, como corolario de su accionar "sabio" sin saber por qué ni para qué, en todos y cada uno de los momentos de su historia. A lo largo de esa historia el hombre ha convivido con la muerte, ese "rey de los terrores" y aprendido a crear el intermediario entre la vida y la muerte. Lo llamó: hechicero, chamán, oficiante, sacerdote, sanador o, profeta, demiurgo o simplemente: el médico, el que "produce la sanación, el que interpreta con la creación de sus manos o de su pensamiento, el conjunto de sentimientos de su grupo social, sin lograr, en la mayoría de las veces, antes como ahora, más que el apaciguamiento temporal frente a las fuerzas del destino que anidan en su mente y le permitan soportar el conocimiento de esa vasta "noche de olvido" de la cual hablaba Virgilio. En el transcurso de largas migraciones los hombres de las diversas culturas primitivas, nuestros lejanos antecesores, supieron implantar los gérmenes de futuras civilizaciones desde el mar de la China al Atlántico y desde el círculo polar Ártico hasta los confines australes de América. En el desarrollo de todas ellas, desde sus orígenes como sociedades primitivas, podemos *observar* como los mitos se han presentado como conjuntos de epopeyas, relatos de acciones superlativas, generalmente violentas, de dioses, espíritus o de héroes epónimos, encerrando, implícitamente, las respuestas que el hombre se sigue haciendo hoy como en el lejano pasado: ¿De donde venimos? ¿A dónde vamos? ¿Qué somos? ¿y quién hizo todo? Es el piso mítico modelado en el alba de las culturas prehistóricas. De ellas, recolectamos mediante la arqueología su utillaje material, pero además, rastros de su pensamiento, las categorías de tiempo y espacio, las funciones de clasificación y los principios de causalidad.

Lo mítico es una manera temprana y primitiva de pensamiento y en la vida del individuo es un hecho posterior y maduro.

T. Man

La mayoría de los más valiosos documentos arqueológicos de la historia de la sociedad humana fueron encontrados en las tumbas en las cuales sepultaron a sus muertos. Así puede reconstruir el pasado de las sociedades humanas merced al culto que se les rindió a sus integrantes muertos, dignatarios o simples obreros constructores de sus últimas moradas.

Para la ciencia antropológica, ya se trate de etnología física o cultural, la sociedad es una organización codificada basada en principios de raíces mítico-religiosas. Cada cultura, aún en sus formas prehistóricas más rudimentarias, en los estadios más remotos, el grupo cazador, la banda, o la tribu, adecuó sus respuestas frente a los eventos cotidianos o extemporáneos, la caza, la guerra, el nacimiento, la enfermedad y la muerte, en concordancia a sus propios parámetros sociales. Pautas sociales del grupo primitivo dadas por la efectividad de las soluciones nacidas de la experiencia. La reiteración durante milenios de las mismas o parecidas circunstancias materiales a las cuales se veían sometidos en el continuo vivir trashumante en procura de la caza, determinó sus respuestas psicológicas, individuales y colectivas basadas sobre un denominador común: el sentimiento de la muerte.

Ese monumental, gigantesco, casi infinito mural de los orígenes del arte que va desde las cuevas de Lescaux, Altamira, Trois Freres, Parpallo, las de la India precaria, las de las cuevas y refugios del norte de África, Australia y llegando incluso a los refugios rupestres patagónicos de Piedra Pintada, muestran las primeras manifestaciones espirituales del hombre, siempre cambiante y siempre igual a sí mismo, transitando por el borde misterioso e indefinido de lo sacralizado de la vida y la muerte expresándose con un lenguaje artístico universal. Imita a sus dioses, todavía no personalizados en la etapa presacralizada grupal, pero ya sedientos de la sangre de las víctimas propiciatoria, por ser lo más preciado de la vida, de allí la ofrenda de muerte. Dejaron solo débiles huellas de esta génesis del pensamiento valorativo de la vida en la estructura del mundo mágico, lo suficientemente claras como para que podamos rastrear en ellas el germen motor que originaría el mundo mitógeno que ha alimentado y sigue alimentando el pensamiento mágico del hombre.

Fue J. Campbell el investigador que mejor a presentado este concepto fundamental de la antropología filosófica. Su estudio sobre las mitologías primitivas, sintetiza su pensamiento de antropólogo y filósofo. Se expresa al respecto de la siguiente manera: *"Debajo del primer nivel de las civilizaciones primitivas yacen las centurias de milenios del hombre primitivo, el cazador; el recolector de raíces e insectos y más profundamente, más abajo, allá en el horizonte primogénito de la humanidad los leves atisbos de la diferenciación en las formas y modos de la conducta grupal En las madrigueras de los agazapados caníbales de las épocas glaciales, sabiendo crudos los cerebros de los cráneos machaca dos y mas allá aun examinando los enigmáticos restos de los esqueletos de los cazadores pigmeos parecidos al chimpancé en las llanuras del Transvaal, encontramos indicios de los más profundos secretos, no solo de las culturas avanzadas sino también de nuestras más íntimas expectativas, respuestas espontáneas y miedos obsesivos"*.

El antropólogo L. Frobenius fue el primero en señalar que entre los pueblos primitivos del mundo que conservan formas culturales prehistóricas aparecen dos actitudes contrapuestas frente a la muerte. Entre las tribus cazadoras, cuyo estilo de vida se basa en el arte de la captura y muerte de las presas o de sus competidores, que viven en un mundo de animales que matan y son matados y rara vez conocen la experiencia orgánica de una muerte natural, toda muerte es consecuencia de la violencia y se adscribe generalmente no al destino natural de los seres temporales sino a la magia, arma potencialmente letal. Se emplea tanto para defenderse contra ella, como para practicarla contra los otros. Los mismos muertos, tanto los animales cazados, como los hombres del propio grupo o de grupos enemigos, son poseedores de magia, son espíritus vengativos, que buscan venganza, poseen magia, capacidad o energía para hacer mal. Hacen su aparición los brujos o hechiceros con aptitudes o poderes para dominar las fuerzas de este mundo de espíritus del más allá. Nace la "magia de los pueblos cazadores. La otra actitud vital de las sociedades constituidas por tribus recolectoras y más las plantadoras de cereales,

muestran con mayor asiduidad la muerte como una fase natural del ciclo de la vida. Siembra y recolección del fruto de la tierra hacen nacer tempranamente los mitos de la Madre Tierra y su hijo y esposo fertilizador. En estas protoculturas sedentarias se presentan precozmente los enterramientos con ajuar mortuario que presuponen una idea de vida más allá de la muerte, con la simbología de la resurrección del personaje, en el mismo mundo en el cual vivió o en otro, ignoto, no explícito: el más allá. En su obra "Monumenta Terrarum", Frobenius denomina Edad Monumental a todo ese inmenso periodo formativo, tanto de las culturas como de la sociedad humana en su totalidad. Este investigador de la antropología cultural, da a los mitos primogénitos de las sociedades neolíticas relacionados con la muerte la mayor importancia en la base intelectual de todas las culturas. En todas ellas domina una constante: la afirmación de una voluntad de vida después de la muerte. El arte de los llamados "pueblos primitivos" es la representación de lo que debió ser la motivación, el sentido de la vida de nuestros antepasados prehistóricos, de ello la constante presencia de la muerte graficada en sus cavernas y refugios rupestres.

¿Se trataba de lugares sagrados? ¿No lo podremos saber con certeza, pero es indudable que eran la representación de un sentido trascendente de la vida? ¿Podemos creer que la distancia de tiempo que nos separa nos hace distintos de ellos? No lo parece si miramos atentamente, con ojos que vayan más allá de las formas y los medios empleados en las representaciones. Lo fundamental, creemos nosotros, es el sentido colectivo sacralizado del grupo lo que inspiraba a los artistas primitivos, ejecutores de las obras, solo el sentir íntimo de estar representando una realidad, su realidad en ese segmento de la historia de la sociedad. Es probable que "chamán" y artista hayan sido la misma persona asumiendo en su persona lo material y espiritual trascendente del grupo humano de pertenencia. Es la muerte, la presencia viva y constante en las culturas animistas, tanto en un pasado prehistórico como su persistencia en la actualidad. Su traslado al vivir cotidiano generó un arte consustanciado con la simbiosis vivir morir, morir vivir.

Cada etnia, cada cultura tiene su sistema particular de relacionarse con la muerte, inseparable y dependiente de sus cultos, cosmología, teogonía y todo lo que hace a sus raíces culturales. Podemos tener conocimiento de la práctica cotidiana del culto a los muertos en la vida social de las poblaciones actuales animistas. Por regla general cultivan el diálogo permanente con un trasmundo: el mundo del más allá, el mundo de los espíritus y los muertos. Intermediarios puede haber en infinitas formas y presentaciones, con mana propio o derivado de actos sacramentales o litúrgicos. Los espíritus de los niños muertos se encarnan en las "muñecas de la muerte, pequeñas tallas antropomorfas de madera, creadas por un subgrupo social "artistas de la muerte".

Las madres que los han perdido llevan consigo a esas "muñecas" a las cuales prodigan cuidados permanentes (aseo, simulacro de alimentación, vestido) e invocan con sacrificios de animales domésticos (gallos, cabras). Constituyen verdaderos entes dominantes de la conducta colectiva, por ser asiento de espíritus intermediarios ante "espíritus mayores" potencialmente malignos. Casi no hay cultura que en algún momento de su evolución no haya tenido al sacrificio humano como la ofrenda máxima a sus dioses o espíritus dominantes en su sociedad o como parte del culto, oficial o solamente sectario. Algunas de ellas han hecho del sacrificio humano el eje y motivo fundamental del culto como es dado observar en las culturas precolombinas de amerindia. El principio vital en la sangre de la víctima sacrificada, derramada sobre el altar, la tierra, o el cuerpo del oferente, se convierte en vector necesario y eficaz para llegar a los espíritus.

En la simbología de los mitos de la muerte que manifiestan las sociedades humanas se encuentra siempre un significado aparente y otro oculto, que es en donde se ha de hallar el verdadero y trascendente significado de esa cultura. Con el conjunto de ellos, como lo afirmaba C. Lévi Strauss es que se estructura una cultura en una determinada sociedad. O como decía Mircea Eliades *en el mito se desarrollan modelos arquetípicos de las acciones humanas significativas de una sociedad*. Finalmente, redondeando estos conceptos, y citando a F. Boas: *"se diría que los universos mitológicos están destinados a ser pulverizados apenas formados, para que de sus restos nazcan nuevos universos"*. Para J. Campbell, *"La primera función de los mitos es reconciliar a la conciencia que despierta con el misterio fascinante del universo. La*

segunda es presentar una imagen interpretativa del mismo tal como lo conoce la conciencia colectiva que le es contemporánea. La tercera es crear e imponer un orden moral: adaptación del individuo condicionado a las exigencias de su grupo social. La cuarta función del mito es ayudar al individuo a centrarse dentro de su grupo cultural (los macro-cosmos) y dentro de sí mismo como individuo (los microcosmos). De esta manera ingresa al misterio total del universo".

La gran época de innovación, la época del lento pero sostenido cambio esencial de la sociedad humana, el lapso del octavo al cuarto milenio a. C, fue el espacio de tiempo que vio el nacimiento de las culturas que darían origen a las grandes civilizaciones. Ello ocurrió al amparo de la revolución neolítica que liberó al hombre de la inseguridad de la caza y el nomadismo migratorio tras las presas, para depender solo de su esfuerzo y trabajo como labrador y ganadero. Pero no se vio libre de los miedos ancestrales a la muerte. Reelaboró los mitos primarios, patrimonio de la especie en su periodo precultural, sociedad incipiente y con esos materiales construyó las religiones de esas, las primeras culturas.

¿Para comprenderlo que es un mito debemos elegir entre la simpleza y el sofisma? Así comienza Levy Strauss sus consideraciones sobre la Estructura de los Mitos. Y es que toda sociedad expresa en sus mitos sentimientos fundamentales y a su vez, explicaciones ancestral es sobre lo desconocido, tiempo y espacio, vida y muerte. Dualidad anímica y conceptual que ha polarizado la tendencia del hombre en todos los tiempos. Siempre los dos polos de la ecuación cosmogónica. El Universo creado por un dios omnipotente, de la nada, o del caos, creándose a sí mismo de esa nada esencial, o de una materia primordial. Pero siempre un dios creador. O una pareja creadora por una cópula cósmica, y una muerte renovadora de la vida. Muerte y luego nueva vida, eterno retorno o periódico regreso a la vida, pero siempre la inexorable presencia de la muerte y el esperanzado retorno de la vida. Todo habla de un pasado prehistórico que les fue común a todas las sociedades humanas, milenios que sumados superan a todo lo vivido por las culturas ya individual izadas. El hombre solo se reconoce hombre en la medida en que imita a los dioses. Y comienza lo imitativo en el momento de una temida muerte primordial. De esos miedos obsesivos ancestrales hemos heredado nuestro "miedo a la muerte". La muerte fue desde entonces el significante de la vida.

A pesar de que la muerte es algo que le pasa a nuestro semejante, no nos es ajena, es sólo anticipante de nuestra propia muerte.

EL HOMBRE ENFERMO FRENTE A LA MUERTE

"Quiero morir de mi propia muerte, no de la muerte de los médicos"
R. M. Rilke.

Este enunciado, poético en su forma, nos traslada inexorablemente al terreno existencial, "el enfermo muriente" o expresado clínicamente "en estado crítico".

Temida y reverenciada la muerte, por su sola anunciada presencia al cursar desfavorablemente una enfermedad, cambia la actitud frente a la vida del hombre que la padece. Cobra realidad un hecho por esencia inexistente. El ya no ser más, aun en los creyentes. Es que hay un miedo mayor que el miedo a morir y es el miedo a la muerte. El ángel de los mil rostros a cada hombre le anuncia una imagen acorde con sus miedos, criados en su alma a todo lo largo de su vida. De ello la angustia del paciente muriente, no saber que es morir.

¿Si la muerte ha dado miedo al hombre desde siempre, en todas las sociedades y en todas las culturas y fue el primer sentimiento auténticamente humano, porque es llamada, pedida, buscada, rogada por el enfermo muriente y que tanto la teme? Quiere dominar esa última y suprema angustia de no saber como ha de morir y por miedo de morir llama a la muerte en su pedido de última fuga, ir a su encuentro es también una fuga. El enfermo que sabe, o intuye que se va a morir, no algún día y de alguna enfermedad, sino pronto, no sabe cuando, pero sí de esta su enfermedad, la que esta padeciendo, es el enfermo muriente. Es esa realidad que enfrenta, sólo para él, su realidad existencial. Pero nunca fue solamente eso. Por sobre los condicionantes sociales, la muerte siempre fue personal, morir es un acto personal. Tal vez, lo único personal y más propio del sujeto. De ello que la muerte sea única e irreplicable para el sujeto muriente.

No obstante la voz del poeta sigue clamando por dejarse oír desde el fondo de su alma esperanzada. *¿Cuanto durará estar muerto? ¿Será eso la eternidad?*

Cada uno, en estado de enfermedad o ya paciente muriente, presiente su propia muerte cómo su propia imagen más allá de la muerte. Como la ve es lo mágico de la espera. No es relativismo interpretativo, es la plenitud existencial del sujeto cuando el rostro visto es la representación corporeizada del sentir personal de la vida vivida, bien o mal, con conformidad o con disconformidad, pero siempre como parte de la condición humana en su personal interpretación.

Morir sin dolor, con la lucidez del acto único, personal, irrepitable, es la sublimación de la dignidad humana. Muerte digna, es el paradigma cultural centrado en la dignidad de la persona, totalidad de una bioética humana y trascendente. Morir con la vivencia auténtica de su propia muerte, no obnubilada por el padecimiento de su enfermedad final o por los efectos de un cóctel de medicamentos que considere la conciencia y que haga del paso de la vida a la muerte un tránsito no vivencial. En cualquier circunstancia de la vida, en salud o en enfermedad, explícito o no, puede ser el paradigma del hombre consciente de su existencia y dueño de sus valores. Es que el proceso de morir comienza con la soledad de la autoconciencia de *"morir de su propia muerte"*. Es la eutanasia natural, en su más lato sentido de buena muerte.

¿Se puede negar al paciente terminal el derecho de decidir saber, o no saber, que ha de morir, cómo ha de morir, cuándo ha de morir, o cuándo interrumpir, ese su sufrimiento de vivir en agonía, con un límite temporal, sentido, ignorado en su duración y por ello, tanto más angustiante?

Aunque resulte paradójico, las graves enfermedades, que inexorablemente llevan a la muerte, en gran número de casos con grandes sufrimientos físicos y morales, no despiertan en el sujeto que las padece, el ferviente deseo de interrumpir violentamente esa, su vida sufriente. Clama por la muerte, pero rara vez la provoca con violencia. Es más de observar que se van cumpliendo, a voluntad del paciente, las etapas finales de las tablas de K. Ross: la aceptación pasiva del final, deseado, temido y esperado. Frente a esta situación, la enfermedad de desenlace inexorable y fatal, el paciente adopta posturas anímicas generalmente constantes que K. Ross ha descrito con meridiana claridad, dado que se vienen repitiendo en la tanatología observacional.

1. Fase de negación y rechazo.
2. Fase de rebelión, enojo y rabia.
3. Etapa de pacto y posible negociación con la enfermedad.
4. Fase de depresión, que puede ser retrógrada, reconocer lo que se perdió o anterógrada, reconocer lo que se va a perder.
5. Fase de aceptación. Aceptar el inevitable y próximo final.

Como todo esquema vivencial, no se presenta siempre el mismo, en igual secuencia. Intervienen en ello factores, personales, edad del paciente, estructura emocional, convicciones religiosas o no, la realidad activa de su entorno social, y familiar, y finalmente el momento histórico de la sociedad en que el paciente está viviendo y está muriendo. Es sobre todo en la última fase, aceptación, en donde se dan las más variadas y a veces sorprendentes o inesperadas reacciones del paciente próximo a fallecer. Una actitud "austera" del creyente, cualquiera que sea la religión que profesa. También en el no creyente agnóstico se pueden observar similares secuencias anímicas frente a la muerte. Es que el morir es el acto trascendente y personal por excelencia.

4. LA MUERTE DESACRALIZADA

La muerte como corolario de una vida se desarrollaba en el entorno familiar de la sociedad sacralizada y era parte del ritual que acompañaba como despedida al viaje sin retorno del enfermo o del anciano. La "dicatexis" de los griegos, *"morte digna, vita onnorosa"* según expresara Petrarca. ¿Lo hemos perdido o lo hemos enajenado en aras de una mayor eficiencia y tecnificación de la asistencia médica? ¿O lo hemos abandonado deliberadamente queriendo no ver la muerte y con ello negarla como realidad?

La sociedad globalizada occidental trata de ignorar a la muerte y la anti-ritualiza revistiéndola de orden impersonal, aséptico y anónimo. La tecnología que ha invadido la vida cotidiana es la aliada de una nueva forma de muerte despersonalizada. Le ha robado al hombre su propia muerte. La institución asistencial saca al muriente del seno de la familia, a la cual convulsiona la enfermedad terminal y la muerte misma y lo sume en el confort y la eficiencia de una Unidad de Terapia, pero al precio de que su muerte será eficientemente anónima. Lamentablemente muere solo excluido del mundo de los vivos, excepto en los restringidos horarios de visita. El 70% de los pacientes en la sociedad actual, tanto urbana como rural, muere en un ámbito hospitalario o institucional. Es el precio de vivir en la sociedad acelerada aun en el trance final de la vida. Pero también es cierto que la muerte se ha desacralizado en sus modos y formas significantes sociales. El enfermo muriente se muere solo, cualquiera que sea su confesión y su condición económica o social. La excepción son los niños; mueren más acompañados que lo que solían estar en su estado de salud. Debe ser algún tabú residual de un pasado social que el hombre actual no recuerda donde, ni como se originó. Muy pocas veces los ministros de lo sagrado llegan a asistir a los pacientes terminales en el ámbito hospitalario. Lo mismo se puede decir de lo que acontece en otros medios de internación asistencial. En cambio, sí, se suele ver en la muerte domiciliaria. El enfermo muriente esta acompañado de su familia y a veces con su religión, asistiéndolo con presencia y ritual.

No obstante, los ritos mortuorios tienden a desdibujarse y aun a desaparecer. Del velatorio en el domicilio particular se pasó a la casa de velatorio y de estas al traslado directo, luego de las horas reglamentarias, al lugar del sepelio, no ya con los ostentosos y solemnes coches fúnebres de negro y lustroso caballo, reemplazados por veloces furgones de vidrios oscuros presurosos por llegar al "jardín de paz" sin lápidas ni inscripciones, solo el anónimo césped, permanentemente verde y bien cortado, o más anónimo aun, el aséptico crematorio, tras el breve responso grabado en cinta magnetofónica. El "luto riguroso" ha sido reemplazado por un discreto y breve recato en el vestir y las "novenas" que se rezaban en tiempos de nuestros abuelos hoy son solo breves recordatorios en un obituario.

Un alto porcentaje de casos de asistencia aguda domiciliaria es sobre paciente terminal, en agonía, o ya prácticamente muerto. Casi una convención o un asentimiento tácito obliga a su traslado e internación para llegar a un final ya previsto de muerte por enfermedad terminal, pero eso sí, lejos del hogar, en el anonimato de una terapia intensiva y sin el auxilio emocional de familiares, religión y entorno del hogar. Pero ¿qué servicio de urgencia se atreve a rechazar una internación de urgencia aun sabiendo el diagnóstico terminal del paciente? Sería calificado de abandono de persona. Cuando la triste realidad es que la familia lo abandona, solo, con su muerte, no ya propia, sino, la muerte anónima de una institución asistencial. Pero es que la expectativa de la muerte del paciente terminal se hace insoportable para la familia en la sociedad actual.

En algunos servicios de oncología se ha instituido el "hospital de día", al igual que algunos servicios que atienden HIV y también los geriátricos, con o sin internación medicalizada, no obstante, no están liberados de los requerimientos imperiosos por parte de los familiares de internación del paciente cuando llega al estado de enfermedad terminal. Pero también es cierto que los médicos asistenciales consienten el traslado por temor a ser inculpados de abandono de persona.

En algunos centros asistenciales (Burgarola. T. I. Universidad de Navarra España) está protocolizado:

"Síndrome terminal de enfermedad" (protocolo de 7 puntos: enfermedad actual de evolución fatal, pronóstico de supervivencia espontáneo inferior a un mes, gravedad con índice de 40% en la escala de Karnovsky, FMOS, fracaso terapéutico, carencia de otro tratamiento, complicación irreversible) se informa a la familia el paciente no será atendido con conductas terapéuticas que sobrepasen lo lógico. Es decir, no se le aplicarán conductas metodológicas que se consideren fútiles. ¿Se puede, peligrosamente, denominar a esta conducta *Eutanasia Pasiva, por abandono de persona en estado de emergencia?*

¿QUÉ ES LA MUERTE BIOLÓGICA?

Semánticamente es indefinible, por cuanto es un no ser algo, es no ser la vida.

El sujeto puede estar muerto, ha muerto, es un hecho real y tangible por las secuencias posteriores (descomposición del cadáver) es que dejó de tener los atributos del ser en estado de vida. Pero la muerte como sujeto no existe, se la define por la ausencia de los caracteres de la vida. Es por ello que debemos recurrir a definiciones descriptivas de atributos, que ajustándose a las premisas de la lógica científica formal, permita hacer "diagnóstico de muerte del sujeto". Frente a la clásica y tradicional definición de muerte como cese de la función cardiorrespiratoria, el informe del Comité de la Escuela de Medicina de Harvard de 1968 propone un nuevo criterio definitorio de muerte como causada por el daño severo e irreversible del cerebro y el tronco cerebral. Se elegía al cerebro como el órgano cuyo daño irreversible debía definir el final de la vida. Aparece el concepto de *Muelle Cerebral* de criterio documental por el EEG plano permanente y clínico por la falta de reflejos dependientes de los pares craneales. Estos elementos proveyeron sustento a la hipótesis de Bernard en 1981 dando al cerebro la función integradora del organismo como un todo.

Los avances tecnológicos en UTI han logrado sobrevivida de más de 200 días (embarazos llegan a término permitiendo cesáreas con feto vivo viable), con lo cual la definición de muerte como exclusivamente cerebral se hace incompleta. En 1971 A. Morrison había argumentado que este fenómeno final no era un evento sino un proceso continuo, gradual y finalmente irreversible. S. Youngner se plantea la duda de si la interrupción del soporte tecnológico en el enfermo declarado con muerte cerebral no es en esencia una eutanasia activa. Por otra parte se hace difícil aceptar la condición de ser vivo en el estado vegetativo permanente (EVP), aunque la duración de sus funciones vitales, no asistidas o solo básicamente asistidas se pueda prolongar por un tiempo muy dilatado en años.

Ambos grupos de pacientes han perdido al examen objetivo el único atributo que los define como personas: la capacidad de poder manifestar conciencia (siempre ignoraremos si realmente tienen conciencia o no). Pero dado que se han obtenido las recuperaciones de pacientes en EVP luego de años de asistencia médica con soporte tecnológico se hace muy difícil decretar la muerte de dichos sujetos afirmando la condición de permanente e irreversible de su estado. No se puede disponer del sujeto como cadáver y proceder a su inhumación o cremación hasta que no se constata su definitivo paro cardiorrespiratorio permanente (Asistolia comprobada y constatada fehacientemente). La Comisión Presidencial (EEUU) en el Acta sobre la definición de la muerte estipula:

1° La irreversible cesación de la función cardiorrespiratoria.

2° La irreversible cesación de la función cerebral completa.

Ello lleva al planteo de establecer más allá de consideraciones teóricas, filosóficas y éticas una normativa conceptual definitoria de muerte biológica a los efectos de disponer del sujeto rotulado como "muerto" y además ser considerado cadáver y de ello darle sepultura, cremarlo o ser posible donante de órganos. Otro tema de profundas implicancias éticas y deontológicas lo constituyen las conductas inmediatas y mediatas conducentes a la declaración formal de muerte del paciente con soporte técnico vital.

DEONTOLOGÍA EN EL ENFERMO TERMINAL

1. INTRODUCCIÓN

Desde los orígenes de la medicina, desde antes de haber sido una ciencia, se desarrolló como un oficio-arte asistencial individual o corporativo. Fue su accionar descubrir la enfermedad, comprender y acompañar al enfermo en cada una de las fases de su padecimiento. Desde los sanadores de las culturas primitivas, hasta nosotros, médicos científicos y técnicos, nos ha comprometido y nos compromete al ineludible deber de brindar al enfermo la atención profesional integral desde el nacer al morir y desde la postura ética que prima en la sociedad en la cual estamos insertos. Es lo lógico y parece natural que así se cumpla el accionar profesional dentro de las normas deontológicas establecidas por las leyes y las pautas de la sociedad.

Pero, es en la "*situación límite*" en donde se puede manifestar el conflicto deontológico del accionar profesional y las leyes y normas de una sociedad. De todas las situaciones límite, la

más trascendente se genera en el curso de patologías que llevan implícita la muerte del paciente. Es en esas circunstancias, que el paciente y el médico tratante establecen un diálogo que se ha de prolongar hasta el instante irrepitable y único de la muerte del paciente, que sabe, o teme, o presiente, su propia muerte, no en otro momento y otro lugar, sino, de esa su enfermedad actual. Para nuestro paciente "*muriente*", somos, "*su médico tratante*", interlocutor irremplazable en el diálogo existencial e irrepitable, en ese instante del tiempo.

2. DERECHO DE AUTONOMÍA

Cada ser humano, adulto y con capacidad volitiva tiene el derecho a decidir por sí sobre su propio cuerpo que se deriva del principio de autonomía, fundamento de la dignidad como persona, su derecho a la libertad de su vida. Esta es la esencia del principio de autonomía en el enfermo terminal. Es el derecho máximo de cada individuo, y tiene su expresión superlativa en el derecho de cada uno a su propia muerte. Es el principio que le da sentido al Derecho a la Vida.

¿Podemos con nuestras leyes, nuestros códigos y nuestra deontología, y aun con el accionar terapéutico negar al paciente muriente decidir como ha de llegarse a concretar con actos volitivos su muerte? El principio de autonomía es la manifestación de la dignidad humana en la circunstancia de máxima trascendencia de toda la vida del sujeto: el momento de manifestar su sentimiento más íntimo frente a su propia muerte.

La base y fundamento del derecho de autonomía para algunas escuelas modernas del derecho se asienta en el derecho a la intimidad de la persona de derecho legal. Es el derecho a la *auto determinación* de sus acciones dentro de la ley. Se define etimológicamente como la facultad de gobernarse por sí mismo. Es un derecho legal y moral a tomar las propias decisiones vitales por sí mismo y se expresa por el derecho del paciente, sin restricciones ajenas ni coerción a su voluntad a tomar las decisiones que crea más convenientes respecto de su persona.

3. LA VIDA HUMANA COMO BIEN JURÍDICO

Su fundamentación puede remontarse a la postura filosófica positivista liberal de Locke: quien sostenía la noción de derechos negativos, que son aquellos que tiene una persona a que no intervengan en sus asuntos personales y privados. *Nadie tiene soberanía sobre otro si no es a través de un contrato social*. Más teórico y dentro de la línea de pensamiento idealista sostenida por E. Kant, el principio de autonomía se derivaría de un concepto de moral de la postura objetivista de los valores: *La dignidad de la persona consiste en su capacidad de ser libre y su capacidad de ser libre se deriva de su capacidad racional*. Una postura pragmática, sostenida por S. Mili, afirma que la única restricción a la libertad individual es el daño a los demás.

Sobre estas bases se asienta el principio de autonomía en la legislación moderna y es la interpretación del libre albedrío del paciente para poder disponer de su persona y de ello, elegir libremente el tratamiento que más le satisface a su individualidad y a su dignidad de persona.

Cada ser humano, adulto y con capacidad volitiva tiene el derecho a decidir por sí sobre su propio cuerpo que se deriva del principio de autonomía. Esta es la esencia del principio de autonomía en el enfermo terminal. Es el derecho máximo de cada individuo, y tiene su expresión superlativa en el derecho de cada uno a su propia muerte. Es el principio que le da sentido al Derecho a la Vida.

La dignidad del ser humano, por igual en ambos sexos, edad, condición física y psíquica, económica, política, social, étnica y religioso es un derecho inherente al hombre. Así lo aceptan las constituciones de la mayoría de los países adheridos a los pactos internacionales surgidos después de la Declaración de los Derechos Humanos de 1948 y los sucesivos y complementarios. Se encuentra implícito en la mayoría de los credos y filosofías y corrientes humanistas, tanto en Manuscritos Económico-filosófico de K. Marx como en Dignitates Humanae del Concilio Vaticano II y la propuesta máxima de Kant "el hombre es un fin en sí mismo"

LIMITACIONES AL DERECHO DE AUTONOMÍA

Debemos agregar que este derecho, autonomía sinónimo de dignidad de la persona está limitado por la Ley. El Individuo y su sociedad constituyen un "continuo" dinámico que no se pueden considerar separadamente. Es más que dependencia social, es la esencia de la sociedad misma. Es de ello que surgen inevitablemente las *limitaciones* al principio de autonomía en su faz filosófica y legal.

1°. Cuando su derecho a la autonomía entra en conflicto con el derecho de otras personas o los derechos vitales como personas dependientes del sujeto.

El principio de intimidad por el libre ejercicio de su privacidad no puede primar frente a las circunstancias que pongan en peligro y expongan al perjuicio a terceros de él dependiente (mujer embarazada, hijos menores, padres desvalidos).

2°. Cuando la elección de conducta del paciente entra en conflicto con las convicciones morales de la sociedad en la cual se encuentra inserto.

El derecho de autonomía no puede lesionar a la sociedad, estructura supraindividual que tiene derechos consensuales por ser la sociedad constituida un ente de derecho y el individuo "autónomo" vive en ella y su accionar libre y autónomo la puede perjudicar (denuncia obligatoria de enfermedades infectocontagiosas, obligatoriedad de la vacunación de las enfermedades infectocontagiosas de impacto social).

Frente al pedido expreso del paciente, potencialmente suicida o no (documento escrito y fehaciente, Testamento de Vida) o de sus familiares, de no ser reanimado por metodología médica (transfusión sanguínea, intervención quirúrgica, marcapaso cardíaco, respiración asistida, transplante orgánico, etc.) por pertenecer a determinado credo o secta, por una postura filosófica personal, o por ser su sola y única voluntad, la postura médica de preservar la vida por sobre toda otra consideración filosófica o confesional, e incluso deontológica se ve interdicta por el derecho de autonomía del paciente, que la ley le garantiza. Está expresamente mencionado en los diversos tratados internacionales sobre los derechos de los pacientes. Como médico actuante, obliga a proceder con la metodología alternativa conducente al mejor resultado: salvar la vida, pero que esa actuación no lesione las convicciones religiosas o filosóficas del paciente, suicida, o no, cuya voluntad y libertad de decisión queda amparada por la ley. Pero también la Ley coloca al profesional actuante más allá del deseo expreso del paciente suicida, en determinadas *situaciones*.

1. Los menores de edad y los discapacitados intelectualmente sólo están sujetos a la Ley representada por el juez interviniente. No existen normas religiosas, sectarias, filosóficas o costumbres que puedan poner la vida o la integridad física o moral de ellos al arbitrio de las mismas. Los suicidios colectivos producidos en sectas o creencias constituyen "homicidio" cuando las víctimas son menores de edad.

2. Cuando la puesta en práctica del derecho de autonomía del paciente entra en conflicto con los postulados deontológicos de la sociedad de la cual el médico es parte. La norma deontológica es:

"debemos siempre reanimar", tanto al suicida como al muriente por patología terminal, aunque aparentemente este vigente la voluntad expresa y autosuficiente del actor. Nada ni nadie puede obligar al médico a colaborar con el acto de autooccisión.

3. La intervención judicial asume la responsabilidad derivada de los resultados de los actos y prácticas médicas que contravinieren lo no permitido (transfusión de sangre, reanimación, etc.) en sectas religiosas o por expreso documento fehaciente en su contra, si el paciente es menor de edad o está inconsciente.

4. La pérdida de la libertad del profesional interviniente en el acto médico de reanimación o la transfusión sanguínea, no aceptada por una determinada creencia, es reemplazada por la Ley, que prioriza el derecho a la vida

5. Si bien cada individuo es dueño de su propia vida, no es dueño de la voluntad de terceros, incluido su médico tratante, para obligarlo a "matarlo" por no cumplir con diligencia el acto médico según ciencia y técnica. Se contraponen a principios éticos supraindividuales.

LAS CONSECUENCIAS NO DESEABLES DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Se tiene la impresión que a partir de los últimos 25 años el principio de autonomía sobre todo en las situaciones límite ha desplazado al principio de beneficencia que venía señoreando la relación médico-paciente. Como resultado de cambios en las pautas culturales y económicas de la sociedad se ha modificado la relación entre paciente y médico tratante. Esta modificación se deriva del libre albedrío que se desprende del principio de autonomía del paciente y también por desdibujarse la imagen paternalista del médico tratante. Sus causales han sido varias y atañen más a los cambios operados en la estructura de la sociedad y sus valores relativos que a los cambios respecto de los valores mismos. Dentro de las causal es del cambio conductual debemos distinguir las originadas y propias del paciente: en primer lugar la toma de conciencia casi universal de su derecho de autonomía, y ello casi siempre derivado de una mayor información y un conocimiento casi generalizado de saberse dueño de una personal forma de conocer la verdad y operar volitivamente sobre su persona.

Del otro lado, las causales sociales que inciden en la relación y la conducta del conjunto paciente-equipo médico tratante son el auge casi universal de la medicina llamada social, obras sociales, sistemas prepago, las medicinas comerciales gerenciales. La desaparición de la tradicional relación paternalista del médico hace diluir entre los componentes del equipo y sus colaboradores la relación responsable medico paciente. Tanto los factores involucrados en el esquema precedente así como las causal es de los mismos tiene la membresía de haberse generado en forma incuestionable por la evolución de la sociedad y del individuo en la sociedad global. El aspecto negativo más lamentable, derivado del derecho de *autonomía del paciente*, ha sido a más de la pérdida del sentido *paternalista* del ejercicio profesional en la relación medico-paciente, una cierta y a veces notoria disminución del sentir del médico de ser el único responsable de su paciente y de ello, que no se considere obligado moralmente a cumplir lo que contradiga su postura y accionar profesional y las conductas éticas ya fijadas e íntimamente sostenidas por él en el ejercicio de su tarea (Objeción de conciencia, rechazo ala atención personal dentro de las normas que no impliquen abandono de persona, derivación sistemática a especialistas). Hay una íntima renuncia al interés por el porvenir del paciente dado que éste eligió otra conducta terapéutica (doctrinaria, filosófica o tradicional, propia o de su entorno) y no la propuesta por el médico. Ello puede conflictuar las obligaciones del médico respecto de *la beneficencia*, que siempre consideró su deber profesional fundamental.

5. LAS TERAPIAS PALIATIVAS

El dolor no puede o no debería, ser ya causa de angustia insoportable en el curso de la enfermedad. Es deber de la medicina moderna sedarlo en forma digna y que no sea la causa de la angustia vital, que hace al paciente clamar por la muerte salvadora de tanto infortunio. Existe la especialidad terapéutica del dolor. Su conocimiento es norma de los servicios especializados en patología de final fatal inevitable. La disconformidad, angustia y eventualmente miedo al dolor es causa frecuente de desesperanza y un hondo deseo de terminar con los sufrimientos de su enfermedad.

Existen conductas altamente invasivas dependientes de la neurocirugía y otras derivadas de la farmacología. Requieren de un análisis ético y deontológico severo. ¿Es lícito sedar el dolor a costa de obnubilar totalmente la conciencia? ¿Cuál es el límite entre la sedación y la drogadicción? y en última instancia ¿Es criticable la drogadependencia en paciente terminal? Eventualmente se presentan crisis potencialmente fatales. (Hemorragias, obstrucción) que alteran el entorno familiar y agregan una cuota dramática al cuadro terminal. Es en ese entorno en donde se suele oír la voz que clama por la eutanasia. La complejidad del manejo de las situaciones no se puede reglar en formulas ni protocolos Emmanuel Hirsch (Medicina y Ética, París, 1990) sostiene que lo que debe primar es la responsable proximidad, humana y sensitiva del equipo de salud frente al enfermo terminal.

Después del informe Laroque de 1986, sobre terapias paliativas y sus beneficios potenciales sobre los enfermos terminales, un largo compás de espera, 8 años, permitió clarificar los conceptos deontológicos tanto del acompañamiento de los enfermos terminales como de las terapias paliativas a ellos aplicadas. El informe Debeque al Consejo Económico y Social de 1994, propuso normas y conductas que ya son ley en Francia (Ley de 1999). *Toda persona en estado terminal de su vida tiene derecho al respeto por su vida privada y la de su entorno. El*

estado deberá proveer los medios de mayor confort para el evento de la muerte del paciente terminal, de acuerdo a sus creencias y convicciones filosóficas.

Es cuando hace su aparición el novísimo concepto de Eutanasia de Excepción.

6. LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS EN EL ENFERMO TERMINAL

Extrañas son las virtudes que derramó la pródiga mano de la Naturaleza en piedras, plantas y hierbas.

Romeo y Julieta. W. Shakespeare.

Es un capítulo controversial referente a las conductas terapéuticas alternativas en el tratamiento de los pacientes terminales cuando ellas no conllevan un acortamiento de la duración de la enfermedad pero por sí no apresuran la muerte del paciente.

¿Quién puede negarle a un paciente terminal el derecho a medicarse con un producto demostradamente inservible como curativo para su enfermedad si el mismo cumple el efecto placebo? Es también una forma de aceptar el derecho del paciente a ejercer su *Principio de Autonomía*. Una postura altamente permisiva de la administración sanitaria alentaría el charlatanismo y la estafa económica y moral a los pacientes y sus familiares. Por otra parte una postura restrictiva podría ir en contra de la libertad individual, sus creencias religiosas, sus tradiciones culturales y en última instancia el principio de autonomía del paciente.

La ciencia médica se basa en los principios de comprobabilidad, experimentación de la acción medicamentosa específica y las conductas agresivas aceptadas en consenso académico. En la tesis opuesta, o por lo menos opuesta a nuestra mentalidad científica, se encuentran los seguidores de la Fundación para la Revitalización de las Tradiciones Médicas. Dice Darshan Shankar, presidente de la misma: "valorar y conservar los conocimientos de los curanderos herboristas es tan importante como conservar las plantas". Algunas formas de *Terapias Alternativas* específicamente promocionadas para casos terminales o desahuciados por la medicina tradicional han prosperado con fines no altruistas en la mayoría de los casos. Algunas de ellas se han legalizado de hecho bajo el nombre de *Terapia Paliativa no convencional*. El charlatanismo y algunas formas de delito están imbricados en los más elocuentes discursos aparentemente altruistas.

7. LA ASISTENCIA DEL ENFERMO TERMINAL

Es la muerte excesivamente prolongada del enfermo muriente, sufriendo en grado máximo, la circunstancia asistencial que en sus múltiples presentaciones llevan al planteo ético del sostenimiento con calidad de vida de la enfermedad terminal y su opción final dignidad de muerte. La razón y el sentido del accionar médico esta en preservar la vida del paciente, pero se ha impuesto el criterio de "calidad de vida", por encima de prolongación de la vida a cualquier costo. Calidad de vida y dignidad de la muerte que enaltezca la dignidad de la persona humana es el paradigma ético correspondiente a los principios de dignidad de la persona. Las decisiones en los estadios terminales, más que determinar una conducta deontológica, definen una postura ética del medico tratante.

Siempre debe concienciar que su enfermo esta solo con su enfermedad y que él, su médico tratante es su sola compañía en esa soledad. No debe convertirse soledad en abandono. Y es que la soledad comienza con el proceso de morir su propia muerte, de saber próximo el inexorable final de la existencia. Solo, con la muerte que se instala en su entorno. Y su entorno valedero, es el médico, su médico el que evita el abandono. El diálogo: enfermo-médico es en realidad un doble monólogo y los términos que se han de utilizar en el silencioso coloquio, no están escritos en ningún tratado de deontología. Son los dos actores principales del drama de la vida y la muerte quienes lo han de establecer en el curso irrepitible de cada agonía. Se ha postulado que en este diálogo la temática dominante debe ser *LA VERDAD*. Es un derecho del enfermo saber la verdad sobre su enfermedad y eventualmente sobre su situación vital. Pero ¿querrá el enfermo

muriendo saber sobre su muerte próxima? ¿Tiene el médico el derecho de descender, como en la novela Tays de Novalis, el velo de la sacerdotisa y dejar ver el rostro de la verdad, por sí mismo y no a pedido expreso del paciente? ¿No será que el paciente quiere íntimamente que le mientan a pesar de insistir y exigir la verdad que exige insistentemente pero que también íntimamente rechaza?

El no mentir al paciente debe ser una norma ética, pero se debe saber que parte de la verdad es la que el paciente quiere saber y cuanto de ella puede tolerar. Escuchar mucho al paciente pero no presionarlo demasiado con nuestro silencio puede ser una forma de dialogar sobre la muerte. Pero la verdad puede no ser admitida por el paciente, ni por sus familiares, también la mentira piadosa del médico puede no ser creída por el enfermo que tiene su propia verdad y de la cual también duda. Finalmente hay silencios que son más elocuentes que las palabras. Debemos como médicos asistenciales procurar que nuestro silencio no sea más cruel que las palabras.

8. LA OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA DESRAZONABLE

Es la denominación con que se hace referencia expresa a conductas y prácticas que a más de no ser, probadamente conducentes a curar o mejorar la condición patológica en curso, tampoco son conducentes a aliviar los sufrimientos físicos o espirituales del paciente lo que antes denominábamos *"ensañamiento o encarnizamiento terapéutico"*.

En oportunidades es difícil discernir el límite entre lo que es "atención debida", obstinación terapéutica razonable o esperanzada, y obstinación desrazonable y encarnizamiento terapéutico. Para el lego puede ser ensañamiento u obstinación ilógica, cuando en realidad, frente a las tecnologías actuales es simplemente "lo correcto que la patología del paciente indica y el paciente como persona se merece". La cirugía de las metástasis hasta hace dos décadas era cirugía fútil y en la actualidad es una indicación de elección. Una múltiple "cirugía de rescate" puede parecer a familiares y aun a clínicos generales "cirugía excesiva y desmedida". ¿Dónde está la medida justa, y de quién es la verdad en cuanto a la calificación del acto quirúrgico o médico en el caso de quimioterapia, actinoterapia, embolización, diálisis, o trasplante de órgano en el enfermo grave? Si el éxito no se presenta esos mismos actos son vituperados, pasibles de críticas acerbas y aun de posibles juicios legales. El artículo 37 del Código Deontológico francés: hace referencia al tema desde el punto de vista ético y legal". *En todas las circunstancias la medicina se debe esforzar en aliviar los sufrimientos de los enfermos, asistirlos moralmente y evitar toda obstinación desrazonable en la investigación diagnóstica y el tratamiento terapéutico"*.

Un tratamiento puede ser proporcionado o desproporcionado según que el mismo este justificado por las ventajas positivas que el paciente habría de obtener del y no se debe considerar su valor axiológico por razones de costo beneficio

Se consideran *tratamientos de soporte vital* a todos aquellos que se instituyen con el objetivo de prolongar la vida del paciente. Pueden ser de alta complejidad (reanimación cardiopulmonar, respiración asistida, marcapaso, diálisis, alimentación parenteral) o de no alta complejidad (antibioticoterapia, quimioterapia, radioterapia, transfusiones y kinesiterapia). Pueden ser considerados necesarios e imprescindible o simplemente fútiles si es que de ellos solo puede esperarse una prolongación artificial y precaria de la vida del paciente. Si dicha prolongación de vida es con grave deterioro de su calidad de vida y dignidad de persona, sí es penosa y degradante para el propio paciente dicha prolongación de vida es un acto negativo, es solo prolongación de agonía degradación de la persona y pérdida de su dignidad de muerte. Los sentimientos de los familiares, siempre respetables, pueden actuar en contra de la dignidad de la persona en grave estado. La prosecución injustificada de terapias y conductas, por sentimientos, y afán desesperado por prolongar la vida, pueden ser atentatorio a la calidad de vida del paciente ya la dignidad de su muerte.

Los avances tecnológicos en terapias coadyuvantes en oncología, y reanimación en accidentología, crean un entorno de afanes esperanzados muchas veces injustificadas, llevando a conductas y terapias frecuentemente lesivas para el paciente irremisiblemente perdido. Si bien no es ensañamiento terapéutico sí es obstinación terapéutica.

Los criterios de *pertinencia giran* en torno al criterio de si los medios propuestos guardan *proporcionalidad* con el fin perseguido (Art. 4. PCEB). Como dice expresamente el texto de la Convención de Venecia de 1983. "*Si el paciente puede esperar algún beneficio del tratamiento, por aleatorio que sea, no se trata de encarnizamiento*".

Hacer más para dar la impresión al entorno (familiares, sociedad) de estar haciendo lo mejor, sobreactuación innecesaria, también llamada sobre prestación terapéutica fútil o metodología diagnóstica invasiva o no invasiva, pero sí desrazonable, es otra forma de mala praxis atentatoria a la dignidad de la persona enferma. El temor a los juicios de mala praxis por omisión de prácticas y medicaciones lleva en múltiples circunstancias a este tipo de excesos conductuales (sobrestaciones diagnósticas y/o terapéuticas desrazonables). "Hacer todo lo necesario y aun más" es una actitud defensiva frente a la amenaza de culpabilidad por el fracaso terapéutico "baroud d 'honneur" ultima chance dada al enfermo. Y finalmente, seguir ciegamente las secuencias de un protocolo médico, porque es medicina de punta, sin evaluar convenientemente su razonabilidad para el caso en cuestión, es a más de fútil, "*Ensañamiento Terapéutico*".

El Artículo 38 del Código deontológico francés es expreso en limitar las conductas obstinadas desrazonables, abusivas y fútiles invasivas y que tras ocasionar sufrimientos al paciente no aportan beneficios diagnósticos y terapéuticos, lesionando: la dignidad de la persona. Si bien el médico es libre de aplicar los métodos y técnicas que la ley le otorga, esta limitado a aplicarlos a lo que sea necesario, conveniente y eficaz al paciente, no debiendo correr un riesgo injustificado por la aplicación del método elegido (Art. 40).

La tecnología de las salas de cuidados intensivos, conlleva al trato despersonalizado en la relación médico-paciente en los tramos finales de un padecimiento inexorable fatal en su culminación.

Generalmente es tarea de los residentes o del personal auxiliar asistir a los pacientes terminales en sus últimos momentos.

No se excluye el hecho de la religión, dogma o postura filosófica del paciente y su entorno familiar en la conducta y decisiones del equipo médico tratante. Existen sectas (Testigos de Jehová) que no permiten las transfusiones sanguíneas ni de hemoderivados, existe una legislación al respecto en diversos países y subsiste en todos una polémica doctrinaria y judicial. No obstante deontológicamente es necesario distinguir entre la "*perseverancia médica*" y el "*encarnizamiento terapéutico*". El dejar de observar este horizonte conductual por parte del profesional, hace que se pueda caer o deslizarse impensadamente en la *eutanasia pasiva* (por no hacer lo necesario y conveniente) o en la *eutanasia activa* (por hacer en exceso lo que se creía necesario y conveniente) Hay conductas médicas expectantes, indecisas, dubitativas, demoras, más en la conciencia del médico que en la indicación misma, que son en el fondo eutanasias pasivas. Y también hay conductas, sobre todo en el cirujano, que de la saludable agresividad quirúrgica pasan a la audacia desmedida de execrableis quirúrgica desmedida y desproporcionada, que también puede caer en la eutanasia activa.

9. EL TEMA ÉTICO DEL ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Es el paciente carente de conciencia valorativa, *Estado Vegetativo Persistente Irreversible (EVPI)* generalmente postraumática o neurológica progresiva requiere tener EEG ACTIVO. Es normalmente un cuadro que subsigue a un coma que resulta reversible. Debe ser previamente definida en toda su amplitud y minuciosidad técnica y científica, para que la definición comprenda las causales que pueden llevar a una conducta jurídicamente aceptada de eutanasia, en los países que la aceptan como solución médica, cumplidos los recaudos totales médicos estipulados en protocolo consensuado.

Se denomina Estado Vegetativo Persistente, descrito y definido por Jennett y Plum en 1972, al estado clínico en el cual el paciente, con severo daño cerebral, del coma evoluciona sin recuperación de la conciencia detectable, pero con EEG positivo, y funciones vegetativas conservadas con apoyo tecnológico o sin ello. Lo básico y fundamental del termino clínico es la definición de inconciencia, aceptada por La Comisión Presidencial de EEUU para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina y en la Investigación Biomédica y del Comportamiento,

como imposibilidad de percibir el ambiente se caracteriza por inconciencia, permanente o intermitente, sin conexión volitiva, con esporádica manifestación perceptiva, motilidad no volitiva y conservación de las funciones vitales. Este cuadro clínico se amplió posteriormente comprendiendo todos aquellos estados con ojos abiertos y con periodos de vigilia/sueño intermitentes pero sin recuperación de la conciencia. Pacientes en EVP están inconscientes porque a pesar de estar despiertos no están concientes de ello. Algunos lo definen como Muerte cortical superior o neocortical.

El no-tratamiento complementario tecnológico o supresión de soporte medico sustitutivo (alimentación parenteral o enteral asistida) se basa en la futilidad de dichas conductas por estar dadas las condiciones biológicas documentales de muerte cerebral. De esta manera el EVP es un estado que puede ser transitorio o persistente, según que estén presentes o no los parámetros documentales que certifiquen la real naturaleza y porvenir del cuadro. Lo cual implica la posibilidad de pasar de persistente a ser permanente e irreversible. Esta característica de irreversible o permanencia a perpetuidad es solo probable y nunca de certeza. Se conocen casos de 5 años de duración y se han descrito algunos de 10 años. La posible recuperación es lo que hace la imposibilidad de decretar una Muerte Eutanasia Activa o Pasiva frente a los EVP, sin atenerse a los recaudos médicos y legales.

La muerte del paciente en las circunstancias concretas y documentadas en sus mínimos detalles de corrección en la evaluación de los criterios médicos es la voluntad y decisión del equipo medica tratante, quien decide la llegada de la muerte del paciente por acción activa (cóctellítico, o anestésico), o por acción pasiva (interrupción de los aparatos sostenedores de las funciones vitales: respirador, marcapaso, alimentación parenteral, diálisis) previo consenso legal. Esta decisión, acto definitorio de eutanasia médica, puede ser con conocimiento y adquiensencia previa del paciente, establecida por escrito (Testamento de Vida), o como cláusula formal previa a su internación hospitalaria (cláusulas del consentimiento previo ala actuación médica motivadas por razones religiosas o filosóficas del paciente) o extemporánea que surge de la evolución de la enfermedad, por consentimiento expreso de los familiares, ante la evolución desfavorable e insoportable de la enfermedad, bien documentado y transparente legalidad, cuando el paciente no posee las facultades de discernimiento y volición, la patología de base es de evolución progresiva hacia el deterioro total e irreversible y ha transcurrido el tiempo que se estima imprescindible para calificar el estado de permanente e irreversible, en el país en consideración. En algunos estados se admite el testamento de vida como guía y norma de procedimiento, basándose en El Principio de Autonomía. En ausencia de la expresa voluntad previa del paciente no hay legislación uniforme.

10. EL TEMA ÉTICO DEL ESTADO CONSCIENTE ASISTIDO CON SOPORTE TECNOLÓGICO

Dos situaciones trascendentes de compromiso ético se plantean de continuo en la práctica asistencial de los servicios de UTI con los pacientes con conservación de la conciencia y de requerimiento permanente de soporte tecnológico para las funciones vitales ¿Hasta cuando mantener el soporte vital tecnológico? ¿Cuándo suspender el soporte instituido? Variables posibles en caso típico.

Paciente lúcido con respirador y alimentación parenteral o enteral asistida,

a) No neoplásico, neurológico o postraumático.

b) Neoplásico o neurológico de evolución fatal. Suspender el soporte tecnológico en estos casos es equivalente a Eutanasia Pasiva y de ello penada como homicidio voluntario por abandono de persona en estado crítico.

Si la evolución es favorable y tiende a la resolución aunque la patología de base sea fatal, no se plantea conflicto, siempre se debe mantener el apoyo tecnológico.

Sin embargo puede llegar un momento en que el cuadro tienda a definirse por: falla múltiple de órganos y sistemas. Infecciones intercurrentes, en la mayor parte de los casos oscurecen el panorama y aunque la solución final es la muerte del paciente no esta permitido suspender la conducta de rescate. En esta eventual evolución del paciente con deterioro progresivo y marcha inexorable al final de la vida se acentúa la duda conductual. ¿Es lícito prolongar la inexorable

finalización de la vida, prolongando también la agonía en peores condiciones de dignidad de la persona (escaras, dolores, insuficiencia respiratoria, renal y cardíaca) con un soporte de antibiótico terapia? ¿Hasta donde es ético prolongar los tratamientos que se saben fútiles? Ni legal ni éticamente lo tenemos resuelto satisfactoriamente. No está permitido suspender el soporte asistencial ni siquiera a pedido del paciente o de sus familiares, pero si es lo corriente que la vigilancia y la prevención de las complicaciones intercurrentes se haga más elástica o inexistente. Será ya Eutanasia Pasiva y Abandono de Persona en Grave Estado.

En la segunda de las posibilidades, paciente conciente, en estado muriente con patología de base inevitablemente fatal en su desarrollo a breve plazo, también paciente muriente, tampoco es lícito suspender todo tratamiento de sostén, pero si es aceptado suspender todo tratamiento que se considere ya en ese momento fútil (quimioterapia, radioterapia, cirugía, etc.). Frente al pedido por parte del paciente de una conducta médica que acelere su final, es decir Eutanasia Activa, también el equipo médico está inhibido de proceder a conducta activa alguna, aunque si es factible considerar una conducta de Terapia Paliativa, que inexorablemente ha de acelerar el final de la vida del paciente.

Se procede según las situaciones empíricamente sin normas que sean guías legales y éticamente, es decir sé esta en la eutanasia clandestina.

La toma de decisión del equipo médico del ámbito de U. T. I. es el punto crucial cuando se plantea apresurar o definir la muerte, no ya el caso del enfermo con muerte cerebral, sino cuando se trata del "enfermo muriente terminal", consciente y sumido en permanente dolor causado por su enfermedad. La valorización de cada acto del equipo es fundamental: desconectar la conciencia del paciente mediante medicación obnubilante, sólo sedar el dolor, manteniendo libre la conciencia, suspender las terapias activas (transfusiones de sangre, quimioterapia, antibióticoterapia, radioterapia, cirugía), mantener las terapias activas en curso, aunque útiles, mantener terapia inocua de solo sostenimiento (sueros, oxígeno, kinesia respiratoria) implementar nuevas terapias, aunque probadamente también fútiles (reintervención quirúrgica, diálisis, trasplante de órganos), instalar terapia paliativa, eutanasia activa un estudio reciente (Chistakis N. A.) confirma que la mayoría de los médicos tratantes sobrestiman la sobrevida de los pacientes en enfermedades terminales, lo cual hace que se continúen tratamientos inútiles y costosos. Al mismo tiempo retardan la institución de tratamientos paliativos.

11. PAUTAS NORMATIVAS PARA EL RETIRO DE SOPORTE VITAL EN PACIENTES EN SITUACIÓN CLÍNICA IRREVERSIBLE

Es procedente retirar los soportes tecnológicos vitales si de su prosecución sólo se puede esperar una prolongación precaria y penosa de la vida.

1º. Se deberá estar suficientemente seguro que dicho retiro no empeorará el estado moral y emocional del paciente.

2º. La decisión deberá ser tomada por el equipo responsable en su totalidad.

3º. Deberá evaluarse en su totalidad la relación costo beneficio para el paciente.

4º. Deberá estar fehacientemente asentado el protocolo en la H. C. I.

5º. Deberá mediar el consentimiento informado del paciente si está conciente.

6º. Deberá mediar el consentimiento informado de los familiares si el paciente está inconsciente en forma permanente y no recuperable.

7º. La calidad de la relación médico-paciente y médico -familia deberá ser tan óptima que la decisión este consensuada formal y espiritualmente.

8º. El soporte del Comité de Ética es fundamental en la toma de decisiones.

9º. En los casos de extrema trascendencia y significación es procedente el aval legal y en oportunidades el soporte religioso al cual pertenece el paciente.

CAPÍTULO III. EUTANASIA

1. DEFINICIÓN DEL TÉRMINO

El nombre eutanasia, del griego eu- bueno y thanatos muerte, equivaldría a buena muerte, muerte tranquila y sin sufrimiento, físico y moral, también "muerte piadosa" termino que ha evolucionado en la actualidad hasta convertirse en equivalente o sinónimo de suicidio asistido o poner fin a la vida de una persona a pedido de la misma, con el objeto de cesar, junto con la vida a los sufrimientos de la enfermedad que ella conlleva en ese momento de la acción o en el futuro mediato.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS y CULTURALES

Los pueblos primitivos practicaron el suicidio y eventualmente la forma de eutanasia por necesidades socio económico del grupo de pertenencia, más que culturales eran decisiones coyunturales, luego se convirtieron en prácticas culturales al ritualizarse las mismas. Algunos antropólogos lo engloban en la forma altruista del suicidio.

En la mayoría de las culturas clásicas el suicidio era aceptado como forma de eutanasia. Era conducta individual privativa del sujeto que así lo desidia. En general era aceptado ayudar al suicida a cumplir con su deseo. Solamente la escuela hipocrática se manifiesta taxativamente en contra de toda acción médica que conduzca a la muerte del paciente. El juramento hipocrático prohíbe taxativamente al médico suministrar drogas que ocasionen la muerte del enfermo aun a su pedido. Esa prohibición aun accionar que se podría denominar "eutanasia" comprendía tanto a la forma activa como a la pasiva. Platón admite el suicidio en su forma eutanasia como un derecho del enfermo sufriente y aun admite el suicidio por causales de honor. En su "República" sostiene como obligación ciudadana el suicidio eutanasia y le eutanasia neonatal, y deberán ser los médicos y funcionarios de la República quienes la practiquen. Aristóteles argumentando en contra del suicidio

en Ética a Nicómaco niega el derecho a procurarse la propia muerte aun con causales de grave padecimiento, es decir niega el derecho al suicidio eutanásico, por cuanto lo que la ley no autoriza, implícitamente lo prohíbe. Los filósofos estoicos, Séneca entre ellos, fueron partidarios del suicidio y de la eutanasia voluntaria como norma de conducta frente a las situaciones personales que comprometían su honor, su paz interior y aun las circunstancias políticas adversas del individuo. No obstante, ya existían opiniones en sentido contrario en la sociedad pagana. Areteo de Capadocia, médico greco romano sostiene que no es lícito al médico acortar o suprimir la vida de un paciente sufriente pero si obnubilar su conciencia con drogas que hagan paliar el dolor. El cristianismo de los primeros siglos admitió el suicidio como un gesto heroico frente a la persecución oficial. Posteriormente, a partir del Concilio de Aries en el año 452 lo consideró como acto no ético interdicto por el Dogma y grave pecado basándose en el precepto de la divinidad de la vida otorgada por Dios. Lactancio, escritor cristiano se muestra contrario a cualquier forma de eutanasia sosteniendo el principio de la vida otorgada por Dios. Algunas voces, como la de Tomas Moro (1478-1535) en su "Utopía" defienden la eutanasia solamente por razones morales. Desde entonces en la cultura occidental y cristiana el suicidio en cualquiera de sus modalidades ha sido interdicto canónicamente y frecuentemente penalizado por la ley civil. Esta situación sólo se modificó parcialmente después de la Revolución francesa de 1789. Algunos países lo despenalizaron recién en la segunda mitad del siglo XX. Siempre se alegó la pertenencia del individuo a su sociedad. De ello que algunos pensadores como Jost (El derecho a la muerte 1895) y K. Binding y A. Hoche (La libertad para la aniquilación de la vida sin valor 1922) sostuvieran principios de eutanasia eugénica, lo que llevó inexorablemente a criterios discriminatorios y xenófobos en algunos estados totalitarios. Las modificaciones conceptuales surgieron de la prevalencia del principio de autonomía y de dignidad de la persona. No obstante el derecho ala eutanasia y su reglamentación es un conflicto ético y jurídico aun en los países en los cuales se debate en sus foros y parlamentos como un posible derecho fundamental. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y las posteriores reuniones internacionales relacionadas con la problemática bioética hacen referencia al derecho ala vida y no contemplan en profundidad el derecho a morir con dignidad, solo llegan a reglamentar los modos y las formas de la atención médica de los pacientes graves dentro de marcos de dignidad humana. En 1950 la Eutanasia Society of America solicitó incluir el derecho a morir con dignidad en las futuras reuniones de la Asamblea Mundial de los Derechos del Hombre. El hombre no muere solo aunque la muerte ocurra en un páramo. Siempre esta en la sociedad. La

polémica se centra en la actualidad no ya, como en siglos pasados, en cuestiones dogmáticas, fundamentalmente en el carácter divino de la vida, sino en interpretaciones jurídicas de derecho sobre la libre disponibilidad de la vida. Por lo que este tema ha crecido hasta constituir un capítulo fundamental de deontología médica y jurisprudencia sobre la libertad del individuo y su dignidad de persona.

3. EXTENSIÓN DEL TÉRMINO. SINONIMIA y CLASIFICACIONES

La eutanasia, para sus defensores y sostenedores, profesionales de la medicina, sociólogos y filósofos enrolados en diversas corrientes, no necesariamente agnósticas, se ha elevado bioéticamente a representar el derecho a morir dignamente. Es el suicidio técnicamente asistido en forma material de no-sufrimiento físico (o mínimo sufrimiento físico), frente a la prolongación de vida sufriente del paciente que inexorablemente camina a la faz terminal de su enfermedad, para evitar la prolongación de un padecimiento ya instalado o potencialmente a instalarse inexorablemente y por decisión voluntaria o no del mismo paciente *Eutanasia voluntaria*. Es el paciente terminal o no pero si gravemente enfermo y sufriente quien decide su propia muerte frente a la demorada llegada de su muerte natural por evolución de su enfermedad. A esta actitud consciente, libremente decidida, no intempestiva, no impuesta por terceros, es decir llegar al suicidio motivado por causales personales en el curso fatal e inexorable de una enfermedad orgánica en estado terminal, de curso intolerable en las formas de su evolución (dolor, supuración, hemorragias, fracturas patológicas, crisis irrefrenables de disnea, ostomías o fistulas degradantes), es que en estos puntuales casos se denominaría SUICIDIO- EUTANASIA.

Pero ello no involucra al médico tratante o equipo médico a cargo del paciente (excepto que se pruebe abandono deliberado en la atención del paciente grave, el dejar al paciente "librado a su suerte" por considerar que el estado del mismo "hace innecesaria toda atención". Ello es abandono de persona, provocación indirecta pero voluntaria de la muerte del paciente por parte del médico, lo que hace al hecho equivalente a eutanasia pasiva, con calificación de homicidio por abandono de persona, desidia, o negligencia por parte del médico).

Una posible ordenación de la extensión del término lleva a diferenciar distintas formas o modos en los que la situación se puede presentar:

1°. Eutanasia natural, es el dejar hacer la sola evolución de la enfermedad, sin soportes medicamentosos que tiendan a prolongar la vida y con la ayuda de mecanismos pasivos como la hipo alimentación y la confortación espiritual, religiosa o no, llegar aun final de la vida y final de la enfermedad.

2°. Eutanasia "solutiva" expresamente provocada voluntariamente por el paciente, es la que se aproxima al suicidio eutanasia. Puede ser activa (medicamentosa o física: sección venosa) o pasiva (inanimación).

Ambas formas se pueden denominar "autónomas", puras, auténticas o genuinas o lenitiva, neutral o solutiva, sin intervención de terceras personas. El término "solutiva" hace referencia al auxilio de algo tendiente a resolver, deshacer sin violentar el tiempo de llegada de la muerte.

En contraposición a estas especies conductuales en el enfermo muriente se encuentran las formas y modos de Eutanasia provocada o heterónoma, también llamadas "resolutivas" que pueden ser "activas o pasivas" según la modalidad de concreción de los actos y momentos de la llegada a la muerte del paciente. El término "ortotanasia" se contrapone éticamente a la eutanasia resolutiva inconsulta, o argumental (por razones de estado, de religión o secta, política o xenofobia grupal o simplemente delictiva como los argumentos costo-beneficio de algunas medicinas gerenciales).

En toda consideración del tema debe primar el argumento valedero de la absoluta voluntad del paciente en la posesión de sus facultades valorativas. Solo en estas circunstancias se puede hablar de suicidio-eutanasia, aun encontrándose el paciente bajo atención profesional. No obstante también las leyes expresan en condenar toda participación activa por parte del profesional o equipo médico a cargo: Se conceptúa complicidad en el acto suicida a la ayuda al suicida, de ello es delito punible., ayudar al suicida y también es un delito, siempre y en toda

circunstancia asistir activamente al suicida terminal bajo la forma de suicidio asistido. Comprende varios aspectos distintivos:

1. *Eutanasia pasiva*: se suele equiparar al suicidio indirecto activo, el no hacer nada para sostener la vida, su ejemplo clásico es la muerte por voluntaria supresión de la alimentación. En sentido conceptual estricto denominamos Eutanasia pasiva cuando esta conducta es aplicada voluntariamente por el paciente al no ingerir alimentos que harían posible la prolongación de su vida en estado de enfermedad. Por extensión el término hace referencia a la muerte natural por la sola evolución de la enfermedad al suspender la o las conductas instrumentales o terapéuticas que venían sosteniendo la vida del paciente.

La supresión del soporte tecnológico o terapéutico puede ser por mano y decisión del paciente (orden expresa basada en el derecho de autonomía, con sus limitaciones formales) o del equipo médico tratante (acción positiva por supresión de actos y medios con variantes de implicancia legal que hacen al tema colindante con la eutanasia activa). En la mayoría de las sociedades, aun en las no desarrolladas se considera actualmente como un derecho natural de todo paciente con capacidad de discernimiento (edad suficiente y estado de conciencia con autonomía volitiva) derivado del principio de autonomía.

III. Eutanasia activa: la muerte es causada intencional mente mediante una actitud positiva, medicamentosa o instrumental, por acción (administración de fármacos analgésicos, sedantes o directamente por su calidad o su cantidad supresoras de funciones vitales) o por supresión de elementos materiales sostenedores de la vida (respirador, marcapaso, alimentación parenteral, diálisis), para poner fin a los sufrimientos del paciente. También puede ser por obra o mano directa del paciente (situación técnicamente improbable) o por el accionar físico o medicamentos del equipo médico tratante. En estos casos la eutanasia activa en los países que no la tiene prevista como variante legal, es reputada como homicidio.

III. Eutanasia eugénica. Es una forma de eutanasia que puede ser controversial en sus significantes. Se practicó en algunas sociedades y en diversos momentos de la historia, por pedido u orden expresa de los padres, o de algún sector de la sociedad que se arroga el derecho de disponer de la vida del recién nacido por distintas causales que son su soporte conceptual o doctrinario. Algunas de las formas en que se practicó la llamada eutanasia eugénica tienen un pasado histórico y aun prehistórico. Existía en Grecia, sobre todo entre los espartanos que arrojaban por el monte Taigeto a los recién nacidos defectuosos. En Roma el padre podía matar al hijo recién nacido si era defectuoso o manifiestamente enfermo. En Madagascar la tribu de los "rojos" (color bronceado) mata a sus hijos si nacen negros (más oscuros), y la tribu de los negros (color oscuro casi negro) matan a sus hijos si nacen rojos (más claros), pues creen ser portadores, respectivamente, de espíritus malignos. En muchas sociedades animistas de África negra, se mata a los recién nacidos albinos, por iguales tabú y en muchas otras sociedades no primitivas se mata sistemáticamente a las niñas recién nacidas, si en la familia ya nació con anterioridad, un hijo del sexo femenino. El acto de la muerte eugénica trasciende de lo personal a lo colectivo, es una actitud social en el ámbito de una cultura. A ella le compete como parte de su estructura. Siempre son homicidios voluntarios e inconsultos del sujeto objeto de la muerte. Comprende las siguientes variantes formales:

1°. Aborto Eugénico La muerte prenatal del sujeto comprobadamente deficiente o congénitamente enfermo (dawn, anencefalia, focomelia, y un número creciente de patologías congénitas que la tecnología diagnóstica prenatal permite actualmente determinar durante el embarazo).

2°. Aborto Eugénico socio-cultural la muerte prenatal por razones raciales (políticas racistas estatales o culturales) (aborto genocidio cuando se aplica a una población determinada).

3°. Aborto selectivo la muerte prenatal por discriminación sexual (políticas estatales poblacionales o culturales tendientes a disminuir el número de niños del sexo femenino).

4°. Eutanasia activa o pasiva neonatológica o eutanasia de excepción por piedad) la muerte posnatal del recién nacido con deficiencias físicas ostensibles e irremediables (según el concepto de viabilidad o inviabilidad de la sociedad en que el hecho ocurre).

5°. Infanticidio culposo: la muerte del recién nacido por razones raciales, de sexo, culturales, sociales o económicas.

6°. Si se aplica en forma genérica a una determinada población se denomina genocidio.

4. EL PLANTEO LEGAL y EL PLANTEO ETICO EN LAS SITUACIONES DE POSIBLE EUTANASIA EUGENICA. Diagnóstico prenatal y terapias prenatales.

Tal vez el mayor de los desafíos a la argumentación deontológica y ética sobre el tema eutanasia neonatológica radique en los frecuentes casos de recién nacidos con deficiencia neurológica permanente e irreversible de presentación anatómica y luego funcional evidente y ostensible. No cabe duda alguna que la interrupción de sus vidas es un infanticidio, (pasivo, por abandono de cuidados, activo mecánico o medicamentoso.) También es cierto que la prosecución de sus vidas esta ligada ala dependencia permanente, de por vida, como discapacitados, a sus padres o curadores y en ausencia de los mismos, por muerte o por abandono, su destino es algún orfanato o cotolengo. Las patologías neurológicas congénitas, con distintas gradaciones de incapacidad hasta la anencefalia ponen en duro trance los argumentos conservacionistas. Aquellos que son incompatibles con la vida como la anencefalia se solucionan espontáneamente, pero en aquellas otras malformaciones que son incompatible con una vida digna de ser vivida el planteo ético conductual cobra toda su dimensión ¿Qué hacer frente a una macrocefalia, un cílope, una focamelia, unos siameses toracopagos, o craneopagos, una anencefalia, una gastrosquisis, una extrofía vesical, etc.? ¿Quién es el que deberá consentir las pautas de conducta a seguir en cada caso en particular? y ¿quién será el que extraiga conclusiones éticas generales a aplicar en los casos genéricos? ¿Deberán ser los padres, el estado, la sociedad, la religión, las tradiciones culturales de cada sociedad o el azar, sólo y simple igualador de las diferencias de la evolución, en cada caso en particular el ejecutor de las soluciones tan trascendentes? Hay casi infinita gradación de malformaciones desde las incompatibles con la vida misma hasta las que son perfectamente solucionables con tecnología quirúrgica de punta. Pero también están las malformaciones que si bien permitirán la sobrevivida física es a costa de un exilio social de por vida. La roca del monte Taigeto no se discuta. Era la ley de la tradición cultural en Esparta. También en otras sociedades de la antigüedad, a pesar del alto grado de cultura alcanzado, el infanticidio de los defectuosos e impedidos era norma. Tanto Aristóteles como Platón y Séneca lo encontraban justificado. La sociedad culturizada moderna no admite procedimientos como los del monte Taigeto, pero hace oídos sordos a los gemidos de esos pobres pacientitos que no dejan de I sufrir de por vida y ni sus padres los van a visitar al asilo de Clypole o de Torres, verdaderos depósitos de lo incongruente de la naturaleza en su infinita posibilidad creadora. No los ven nunca más pero no por ello los olvidan. Es el viejo tema: De eso no se habla. Todo el mundo se consuela y dice felizmente duran poco, se suelen morir antes de los 30 años. En general dejamos que sean las enfermedades, intercurrentes las que den la solución final a lo que no nos atrevimos a solucionar antes del parto o inmediatamente después. ¿Quién les devuelve la paz del alma a los padres que abandonaron a sus hijos malformados, algunos sin querer verlos siquiera después del parto? En el mundo moderno ocurrió una sucesión de malformaciones físicas (focamelia) por la ingesta medicamentosa durante el embarazo de la droga tranquilizante talidomida, planteó el problema del aborto sobre fetos a término. Algunas malformaciones, como las dependientes del síndrome de Dandy-Walker o del de Meckel- Gruber, que sobreviven hasta que enfermedades intercurrentes terminan con la vida de los niños nacidos monstruosos, plantean el problema ético de las conductas de supervivencia a neonatólogos y finalmente a los padres. Quedaría por considerar un aspecto de la problemática de las malformaciones que si bien son viables, y llegar al parto con vida, plantea su viabilidad como persona en el futuro. Las conductas llamadas agresivas o invasivas pueden encuadrarse en una forma de eutanasia intrauterina.

Frente aun recién nacido con malformaciones evidentes (ausencia de miembros o deformación monstruosa de los mismos o de partes esenciales del cuerpo, ¿quien tiene el derecho de decidir sobre la conducta a seguir: cirugía reparadora, terapia neonatológica o ninguna conducta. Ni clínica ni quirúrgica, abandono terapéutico lo que es equivalente en el caso a eutanasia pasiva o, lisa y llanamente eutanasia activa? ¿Quiénes lo piden? ¿Quién lo

autoriza? ¿Los padres, el equipo médico, la ley? ¿Pueden los padres exigir que no se practique ninguna conducta activa de reanimación neonatológica? ¿Pueden los padres retirarlo de la maternidad o de la nursery o aun de la terapia neonatológica por su sola voluntad? La tecnología quirúrgica en neonatología ha conseguido hacer viable casos que antes no lo eran ni siquiera en la fantasía. ¿Pero serán viables como personas? ¿Tendrá ese ser alguna calidad de vida futura como persona, aun con una reparación que permita la vida, dependiente a perpetuidad de otros? ¿Será humano y lógico condenarlo de por vida a la exclusión social y ser marginado por su deformidad? ¿Será digno permitir someter aun calvario de por vida a los padres? Creo que no tenemos respuestas valederas.

Las técnicas de laboratorio permiten identificar precozmente en el embarazo los casos de rubéola congénita, embriopatía que consiste en cardiopatía congénita, microcefalia sordera, discapacidad mental y otras posibles anomalías. En un alto porcentaje (50-70%) de las embarazadas contraer la rubéola significa llegar a tener un hijo con el síndrome rubeólico. La ley (en todos los países que lo prohíben expresamente) no se autoriza el aborto Eugénico. No obstante el "Caso Perruche" fallado por la Corte de Casación de Francia sería el primer caso en que se contempla el derecho a no nacer.

Los adelantos en genética permiten el diagnóstico de enfermedades y malformaciones en periodos precoces de la gestación y aun por medio de los estudios cromosómicos de los padres desde antes de la gestación. Al entrar en este terreno invadimos incuestionablemente el territorio de la eugenesia. (ej. Síndrome del X -frágil).

Theodosius Dobzhansky, fundador de la teoría moderna de la evolución ha planteado dos formas nuevas de eugenesia para un futuro que él conceptúa inexorable en la evolución de la humanidad. Se derivarán de los progresos de la tecnología genética.

Una de ellas es la eugenesia negativa que consiste en impedir la llegada al mundo de individuos discapacitados suprimiendo la carga genética distorsionada portadora de las anomalías y la eugenesia positiva que se propone desarrollar los medios de mejorar los componentes del genoma humano. ¿Será ético y admisible que los autores de los nuevos programas genéticos puedan imponer un modelo de ser humano, y que ese modelo quede fijado para un futuro? Se puede dudar de la legitimidad de los propósitos del cambio o selección en el genotipo ideal. El proyecto Muller-Huxley y recientemente el de algunos investigadores ven deseable, a la luz de las nuevas técnicas de ingeniería genética, proceder a las modificaciones genéticas tendientes a dirigir favorablemente la evolución humana. No hay dudas que todos deseamos ver eliminados del genoma aquellos genes portadores de las patologías y malformaciones llamadas "genéticas" que afligen a la humanidad. La historia de las ciencias ha demostrado que los descubrimientos y adelantos que ella logra, por más que semejen ser de ciencia-ficción en el momento de su publicación, indefectiblemente llegan a su aplicación práctica cuando se logra dominar la tecnología. Para esta modalidad de intervenciones, inevitablemente, se requerirá una nueva eticología.

5. EL PROBLEMA ÉTICO LEGAL DE LAS MALFORMACIONES CON DUPLICACIÓN DE LA PERSONA (SIAMESES)

Malformación gemelar compuesta por dos individuos congénitamente unidos por alguna o algunas partes del cuerpo, compartiendo algunos órganos y sus funciones, originados por la división de un solo óvulo en dos embriones, pero en forma anómala. Los gemelos siameses, de presentación 1 en 50.000 nacimientos vivos, en sus diversas conformaciones y combinaciones de unión anatómica, amas de un desafío para la cirugía de separación, si ella es técnicamente viable anatómicamente y funcionalmente, constituyen un banco de prueba conductual, dado que en oportunidades exige el sacrificio de uno de los siameses por compartir órganos vitales y no simétricos. En alguno de estos casos exitoso de separación quirúrgica se comete eutanasia activa, homicidio involuntario, pero deliberado, de uno de ellos, al que se estime menos viable.

Se parte del planteo inicial y trascendente que se trata de dos "personas" unidas físicamente, en mayor o menor grado, compartiendo órganos y estructuras anatómicas, muchas veces vitales e inseparables, pero en lo que se ha podido documentar siempre se trata de dos personas, con mas o menos comunidad de órganos neurológicos pero si con psiquis distintas, en suma, dos

personas, dos individuos. Escasos trabajos se refieren al aspecto ético y legal cuando la pérdida de la vida de uno de los siameses es producto de la cirugía de separación. Un trabajo de Israel de 1997 habla del tema e informa del consentimiento de los padres y de las consultas a la parte legal del estado y a la religión oficial. Su condición de personas individuales ha sido tratada por la Iglesia Católica (Theological Studies Porter, Jean; Johnson, Mark; 12-01-1995). En los estados laicos la autorización de los padres es necesaria e imprescindible ¿pero también, es suficiente legalmente esa sola autorización, atento a que es probable la no-viabilidad, o simplemente la muerte de uno de los gemelos? y dado que en oportunidades la intervención quirúrgica se realiza, por su edad, con sujetos ya conscientes de su situación, la problemática ética es infinitamente mayor. Estimamos que no ha de ser suficiente la sola voluntad de los padres para proceder a la separación quirúrgica, y mucho menos de la voluntad del equipo quirúrgico. Todavía no hemos encontrado la denominación justa que comprenda lo técnicamente posible y lo deseable y lo éticamente realizable en la intervención practicada. Tal vez el mayor desafío ético y filosófico por lo conceptual del término "persona" sea el caso de siamés con 2 cabezas, un solo cuerpo, pero dos individuos psíquicamente individualizables como diferentes personas. En la mayor parte de los casos documentados existe una marcada diferencia en los gradientes intelectuales de ambos componentes. Uno de ellos "sabe" que esta llevando pegado a su cuerpo a un hermanito deficiente, casi como un apéndice parásito, pero lo quiere como a su hermanito desvalido. ¿Y si esto ocurre, a la inversa, que uno de ellos, el más capaz, el más completo, no lo quiere al otro, al menos capaz y menos completo y por ello más dependiente? ¿Eliminar al menos dotado será una forma de eutanasia activa? La cirugía de separación si ella es posible técnicamente no puede dejar de contar con el aspecto volitivo de ambos sujetos, de los cuales no hay una jurisprudencia sobre su condición de "persona". Tampoco hemos encontrado en la literatura médica un tratamiento amplio sobre el tema ético y legal en cuanto a las implicancias de la inviabilidad de una de las dos personas anatómicamente unidas.

Las nuevas tecnologías de diagnóstico prenatal con maniobras moderadamente invasivas: (amniocentesis y citología de las vellosidades coriónicas) o no invasivas (ecografía intrauterina y citología materna que permiten saber anticipadamente en periodos fetales precoces, la presencia de malformaciones y patologías del futuro neonato, plantean situaciones de deontología antes inexistente a obstetras y neonatólogos sobre el deber de informar a los padres en lo referente a las condiciones patológicas del niño a nacer y eventualmente sobre el recién nacido en el estado inmediato y su posterior desarrollo psicofísico sobre la base de lo ya conocido en neonatología y genética:

1°. Informar a los padres del hallazgo diagnóstico prenatal es un deber ineludible.

2°. ¿Qué hacer luego? ¿Acceder al pedido de los padres, de uno solo de ellos, tanto en dejar nacer o no, plantear el aborto eugenésico como actitud privada, no legal, dejar seguir adelante el problema futuro para los padres?

En esta sola pregunta que el profesional se hace a sí mismo esta resumida toda la deontología y toda la legislación que sobre el tema se pueda elaborar.

El equipo médico especializado (neonatólogos, genetistas) debe dar, dentro de lo falible de la ciencia, el pronóstico y perspectivas futuras. ¿Pero quienes son los autorizados legales en aceptar o no lo propuesto? ¿Los padres, la Ley, el Estado, la religión del Estado, la religión del grupo de pertenencia?

Cuando se ha detectado y diagnosticado fehacientemente una patología irreparable y que aunque viable en el parto y posparto signifique un pronóstico de anomalía incompatible con la dignidad de persona futura el planteo de aborto eugenésico no está permitida por la ley. Lo conceptúa delito de homicidio por ser ilegal el aborto y aun el parto anticipado de feto no viable. En el caso posnatal o neonato (cuando se comprueba la patología o deformidad irreversible e irreparable inmediatamente después del parto) no se ha logrado el más mínimo consenso sobre una conducta a seguir que comporte la pérdida de la vida del recién nacido ostensiblemente patológico. Su muerte provocada es homicidio voluntario. Su abandono también homicidio culposo. Dejar hacer a la naturaleza fuera del ámbito de la terapia neonatológica, es dejar librado a su suerte al nacido deficiente y propiciar una "muerte natural" a breves plazos por enfermedades intercurrentes es también abandono de persona en estado de riesgo (si las condiciones tecnológicas del entorno posibilitan una terapia neonatológica). Si las condiciones

tecnológicas del entorno no existen y no hay posibilidades de conseguirlas (económicas o de distancia) no se puede culpar a padres y médicos de la muerte del niño y ello no puede comportar abandono de persona.

Creemos que todavía no hay criterios formales y legales consensuales en la mayoría de los países.

CAPITULO IV. SUICIDIO ASISTIDO

Se define como Suicidio Asistido a toda conducta médica, ayuda material o instrumental, administración de drogas o suministro de las mismas al paciente con intención manifiesta de producir un evento: la muerte solicitada por el paciente.

"Eutanasia Activa" o eutanasia con apoyo médico se convierte por imperio de las circunstancias en El Suicidio Asistido. Lo que comienza por ser solo un consejo de cómo apresurar la propia muerte) suministrar los fármacos necesarios e imprescindibles para lograr el fin propuesto, termina por ser una colaboración activa, por cuanto el paciente en la mayoría de las circunstancias es incapaz de lograrlo por sí mismo. El suicidio asistido se encuentra relacionado con la eutanasia, más próximo en la eutanasia activa que a la pasiva, dado que el profesional asistente provee los elementos necesarios e imprescindibles para que el propio paciente obtenga la muerte deseada y que ocurra en los términos de la asistencia profesional.

En diversos países frente a los hechos reales y constatados de eutanasia asistida por profesionales, a pedido de los propios pacientes o de sus mandatarios naturales y siempre por una causal que engloba en los términos de eutanasia por piedad se han estipulado en los respectivos códigos la asegura jurídica eutanasia de excepción.

1. SUICIDIO ASISTIDO PASIVO

La asistencia médica deja pasivamente que el paciente acceda a su propia muerte no interfiriendo en su actitud negativa de seguir indicaciones médicas o alimentación, normal o supletoria. Esta modalidad de eutanasia es más frecuente de lo que se quiere reconocer. Se da con suma frecuencia en el paciente terminal domiciliario en el cual por razones económicas no se puede disponer de un servicio de enfermería y las visitas médicas son en su mayoría de favor y por la sola voluntad del médico de cabecera. ¿A esta modalidad conductual del profesional y de la familia se la puede acusar Abandono de Persona? Creemos, firmemente, que no. Se puede denominar de igual manera a la abstención a toda forma de alimentación, inanición voluntaria del paciente y tolerada conscientemente, o no, por los familiares asistentes al proceso terminal. Configuran una forma pasiva de suicidio asistido cuando el médico de cabecera es conecedor del accionar del paciente y de sus familiares y consciente en ello. El auto suministro generoso de sedantes, según que exista dolor físico o un cuadro de angustia grave por no-aceptación mental de la muerte próxima puede configurar también suicidio pasivo asistido. Si es el profesional el que suministra en exceso los sedantes la denominación de la actuación profesional puede cambiar de signo, se esta caminando por la cornisa conceptual de una Eutanasia Activa.

La denominación técnica aceptada es "Eutanasia por Doble Propósito". La indicación formal es sólo analgésica pero se esta conciente que la prolongada administración, sin que la dosis unitaria sea letal, acelerará inexorablemente el final del paciente.

2. EUTANASIA CLANDESTINA

Es la forma oculta del Suicidio Asistido como un pacto tácito del transito final entre amigos. Entre médicos, el colega amigo, en algunas oportunidades, concurre a facilitar el acto suicida cuando e instala un profundo estado depresivo por conocimiento certero de enfermedad incurable.

En todas las culturas clásicas el suicidio eutanásico, asistido en su forma social, es decir aquel luego se auto infligía, asistido por "su ayudante" (esclavo médico, asistente, "amigo de honor" como en " harakiri), con el objeto de obtener una muerte digna deberá separárselo de las

otras formas de suicidio personal de causales sociales (políticas, religiosas, míticas, culturales, etc.). En las culturas orientales el suicidio pasivo (dejarse morir por inanición) en caso de enfermedad invalidante, en contraposición al suicidio activo (incineración a lo bonzo, ahogarse en el mar, arrojarse desde un despeñadero, o harakiri) era la forma filosófica y ética dictada por sus tradiciones culturales, de eutanasia, cuando el sujeto que asumía la conducta suicida estaba todavía en la plenitud de sus posibilidades volitivas. En nuestra sociedad actual, desacralizada y tecnológica, en un mundo globalizado, existe una franja de sus componentes, laicos o creyentes de los más diversos credos, que elabora en forma racional y conciente el próximo, e insoslayable episodio de su propia muerte, a informado de su inexorable final por la evolución de su enfermedad y solicita el auxilio del profesional médico para cubrir el trance con brevedad y tranquilidad, sin dolor y de ser posible sin angustia vital. Este sería el sentido racional de la conducta médica denominada Suicidio Asistido. Este tipo de actitudes laicas no excluye la asistencia religiosa solicitada por el paciente agónico o que va a entrar en ese trance al saberse a si mismo "enfermo muriente". Esta modalidad conductual, excepto en Holanda, está interdicto por los códigos deontológicos y las leyes de los códigos penales de todos los países, excepto los que autorizan la modalidad "eutanasia de excepción por piedad". La excepción, es un procedimiento más que jurídico, deberá ser multidisciplinario, por lo tanto excede la esfera médica, como sobrepasa la esfera jurídica. Se postula la intervención para cada caso en particular: la definición del equipo médico tratante, que es que hace la indicación "eutanasia" por estrictas razones médicas (enfermedad terminal, irreversible, de pronóstico fatal y que además el dolor u otro sufrimiento hacen la vida del paciente insoportable a pesar de los tratamientos instituidos y luego del fracaso de todos ellos), y además el dictamen de la asesoría legal, el consentimiento o el pedido expreso del paciente o de sus familiares directos en caso de no poder obtener el consentimiento del paciente y en algunas oportunidades el consentimiento de la religión de la cual el paciente, es dependiente moral.

Estas son las normas propuestas por unanimidad de sus 40 miembros del Comité de Ética en Francia, a utilizar en el curso del debate de los causal es determinantes de los hechos que indefectiblemente deberán pasar por la justicia a los efectos de la autorización de una forma de eutanasia que se denominará "de excepción". Se quiere subrayar el hecho real y documentado aunque no publicitado de la eutanasia clandestina, que según algunos autores en Francia sobrepasa los 2.000 casos al año. No verlos como una realidad es una actitud hipócrita. Pero no querer ver los miles de pacientes que mueren en los hospitales solos y desamparados de toda ayuda lógica, con solo calmante en la faz dolorosa física de su agonía es aun peor que la hipocresía. El Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y la Salud en Francia, y en el curso de este año, al elaborar su informe sobre la eutanasia asistida en el ámbito oficial, es decir en los diversos estamentos de la Salud Pública, no niega la realidad de las eutanasias clandestinas, es por ello que no recomienda la despenalización y si propicia el juicio formal por causal es medicas y extramédicas es decir por piedad. Lo remarcable de la actuación del Comité de Ética ha sido quitar de la esfera médica exclusiva la decisión a tomar por el equipo médico, arrogándose la justicia el derecho a decidir sobre la viabilidad y permiso para efectuar la eutanasia. La mayor documentación existente en la bibliografía especializada sobre el tema eutanasia se encuentra en la temática de la eutanasia de excepción por cuanto la jurisprudencia fue variando en los distintos países en que los hechos fueron ocurriendo desde la sentencia aprobatoria en primera instancia a la denegación en la Corte, a nuevos criterios en que el asesoramiento multidisciplinario llevó a ser la Corte la que autoriza el acto de eutanasia, sentando con ello precedentes jurídicos y éticos para situaciones puntuales. Es precisamente en el seno del Senado francés con motivo de tratarse los fundamentos éticos de la eutanasia, y llegándose a la conclusión de que se trataba de una trasgresión, se planteó atinadamente que la reanimación que la tecnología médica permite, es también una trasgresión a algo que debería ser intrasgredible.

Por su lado la Conferencia Episcopal Española define la eutanasia en cualquiera de sus modalidades como homicidio, sin atenuantes. Con ello lleva la voz cantante, en un país mayoritariamente católico, y en desacuerdo respecto del poder judicial que se ha allanado a considerar los casos particulares y las opciones no descartando la eutanasia de excepción por piedad.

La realidad en la actuación profesional cotidiana frente a pacientes neoplásicos terminales es la sedación de doble propósito. Esta es la modalidad de suicidio asistido que en muchos casos cumple con el pedido expreso del paciente efectuado a su médico de confianza, aun antes del agravamiento final. Cumple con el pedido o la aquiescencia de la familia, si la relación médica paciente y del entorno familiar es la correcta y aun es lo corriente en el ámbito de internación de los pacientes en estado terminal.

CAPÍTULO V. DEONTOLOGÍA DE LA EUTANASIA

Se toma el significado lato del término EUTANASIA (eu= buena, thanatos= muerte) haciéndolo equivalente a dignidad de muerte o calidad digna de muerte en el paciente crítico.

1. LA EUTANASIA FRENTE AL DISCAPACITADO VOLITIVO

Son los pacientes que por la naturaleza de su patología han perdido la capacidad de decidir libremente sobre su situación actual, sin poder manifestar ningún deseo o la voluntad expresa de interrumpir la vida por causas patológicas trascendentes e irreversibles. Es en estos casos donde se hace más áspera la divergencia doctrinaria respecto de la postura ética y deontología de la eutanasia. ¿Si no es, ni puede ser, el paciente el que manifieste el deseo de poner fin a su vida, por cuanto es discapacitado volitivo, quién puede tener la autoridad suficiente e inconmensurable para decidir el acto de eutanasia? Obviamente excluimos de estas consideraciones a toda motivación delictiva, interesada e intencionada en factores extramédicos asistenciales. Solamente se tomarán en consideración motivaciones médicas y a lo sumo conmiseración relacionadas con los sufrimientos reales o potenciales incuestionables y presentes que atañen exclusivamente al paciente como persona en estado muriente. No se pueden tomar en consideración supuestos de sufrimiento futuro o probable, aunque los avalen las más exhaustivas estadísticas. Estas situaciones estrictamente médicas de sufrimiento insoportable en tiempo futuro y que llene todos los recaudos para hacer pensar en una eutanasia activa, parecen fantásticas, pero no obstante se dan (gemelos craneópagos o torácopagos, tumores congénitos expansivos de base de cráneo, retrorbitales, del peñasco, etc.). Adoptar conductas posibles pero sumamente controvertidas no pueden ser excluidas de los planteos éticos resultantes. Al respecto y muy recientemente la Pontificia Academia de la Vida, ha dado su consentimiento en intervenciones de riesgo total de vida, basándose en el Principio de Beneficencia: "los médicos deben salvar la vida que es posible salvar". Ha sido su dictamen, también cuestionado aun dentro de la Iglesia.

2. EUTANASIA EN GERIATRÍA

Pocos capítulos de esta temática están tan cargados de connotaciones emotivas y también de posibles situaciones que rondan peligrosamente con los delitos de abandono de persona y eliminación de personas por motivaciones económicas o sociales.

M. Foucoult ya había descrito las variables del fenómeno encierro o internación forzada del geronte. Si a ello se agrega una posible desidia institucional, tanto de organismos privados como estatales, se hace presente el delito de homicidio por abandono de persona senil o aun peor, si el problema se generaliza la variante es el genocidio del sector poblacional de avanzada edad.

La problemática socio cultural

En los últimos cien años se ha producido una revolución de la estructura demográfica mundial. Comprende tanto a los países industrializados como a los que todavía conservan alto porcentaje de campesinado. Esa revolución es la "Longevidad." Ello es debido al mejoramiento de las condiciones económicas generales, así como al avance de la medicina preventiva y asistencial. Además se produce en los países industrializados una importante disminución de la tasa de natalidad ha contribuido a la modificación de la pirámide etáscica.

En este último siglo en la mayoría de los países con un aceptable estado de desarrollo la expectativa de vida ha aumentado tanto como en los últimos 5.000 años precedentes.

La vida promedio ha aumentado 25 años, y ello debido a la disminución de la mortalidad infantil y el tratamiento factible de la mayoría de las enfermedades de la senectud. El grupo de

personas de más de 60 años es el sector de la población que más aumenta en el mundo. Hace 50 años había una persona de más de 60 años cada 12 habitantes. En solo 25 años (para el 2.025) se estima que habrá 1 persona de más de 60 años cada 7 habitantes. La cifra resultante es impactante, su número ascenderá a 121 millones de ancianos en un mundo de sí superpoblado, que globalmente no ha cambiado sus pautas sociales desde el neolítico hasta nuestros días. Sobre los finales del siglo XX se ha conseguido prolongar la expectativa de vida a los 75 años y en algunos de ellos se ha superado esta marca. En todos la tendencia es francamente en ascenso. En general el 16 % de la población de los países desarrollados y de algunos de los denominados en vías de desarrollo supera los 65 años de edad. Estos datos de estadística demográfica que parecerían altamente alentadores socialmente, esconden también un trasfondo sombrío. La inevitable patología de la senilidad avanzada trae consigo un desajuste económico y social por el alto número de ancianos no autosuficientes física y mentalmente, no productivos y de altos costos sanitarios. Conducirán además a un desajuste entre los viejos esquemas familiares autocontinentes y los nuevos esquemas dispersivos no continentales y dependientes de los organismos sociales del estado.

Resumiendo, se prevé a corto plazo la "epidemia del siglo XXI" el anciano abandonado, verdadera "plaga social" en el más crudo sentido del término. Los organismos sociales, aun en los estados solventes y diligentes en la función, ven, o prevén agotarse a mediano plazo sus recursos pecuniarios y humanos frente a la avalancha de la demanda natural. Del auge de los geriátricos se pasa muy fácilmente a los asilos de ancianos y de allí a los depósitos de viejos. Desde hace casi un siglo ha venido decreciendo en los países industrializados y en general en todo Occidente, la importancia social, fundamentalmente económica, de las personas de edad avanzada. Pasaron a ser la clase pasiva, sinónimo de carga social, y tanta más carga social cuanto mayores son sus beneficios como pensionados o jubilados. En la mayoría de los países con sistemas previsionales estándar, actualmente la proporción es de 1 pasivo cada 7 activos. Prospectivamente se prevé para el 2.025 una proporcionalidad de 1 pasivo por cada 3 activos. En Austria la proporción actual es de 1 pensionado por cada 2 adultos activos (menor edad de retiro, jubilación anticipada, mayor tasa de longevidad, y menor tasa de natalidad). El panorama es muy complejo cuando se trasladan las cifras a países como India o China con más de mil millones de habitantes. Las condiciones de salud, alimentación, vivienda e higiene de una gran masa de ancianos pondrán a prueba al cualquier sistema tradicional de sociedad aun con un alto porcentaje de ruralismo. Al inclinarse el equilibrio demográfico a favor de más edad se somete a una dura prueba de eficiencia tanto los sistemas económicos como los culturales y sociales de la sociedad a considerar. Lo primero que se cuestiona es la calidad de vida de los ancianos, no sólo por los factores económicos, es la inserción de tan abultada masa de gerontes en crecimiento numérico y proporcional lo que produce el impacto cultural en una sociedad. Y ello depende de que tipo de sociedad se trate. En sociedades todavía tribales, por ser pueblos en su mayoría ágrafos con sólo tradiciones culturales, a los ancianos se los trata con deferencia, son los depositarios de la sabiduría cultural. Al decir del escritor Amadou Hampate Ba "Cuando un anciano muere, es una biblioteca que se quema". En esas mismas sociedades se ha observado que al pasar de tribales a cosmopolitas, sin llegar ser necesariamente industriales o mayoritariamente urbanas, al perderse las tradiciones culturales por transculturación se pierde también el respeto a los ancianos, que ya son carga social, al tener realidad lo que inevitablemente ocurre: la desintegración de la familia extendida. Dentro de lo que llamamos cambio de pautas culturales debemos distinguir: las pautas ancestrales o etnoculturales y las pautas sociales.

Las del primer grupo comprenden el conjunto de pautas étnicas y religiosas (animismo, religiones del eterno retorno, trasmigración de las almas). El grupo de las segundas comprende las tradiciones culturales de la sociedad conductualmente laica (estructura de la familia, las clases, las castas). Las primeras se pierden por el impacto político cultural que acarrea la pérdida de identidad y libertad de una etnia. Las segundas se pierden por el impacto económico social de nuevas necesidades de mercado. La erosión de los valores tradicionales y el avance incontenible de los valores individuales aún en el seno de las sociedades no industrializadas hace aparecer el fantasma del abandono de los ancianos. No ya el abandono para que mueran piadosamente en la tundra helada como ocurría en las tradiciones culturales de los japoneses y

esquimales debido al rigor social de la carestía de alimentos, tampoco como el abandono voluntario de los ancianos en la montaña como lo venían practicando en Japón. En las nuevas estructuras sociales el abandono se llama "asilo" o "geriátrico". Lamentablemente para nuestra civilización no son más que "depósitos" de ancianos.

Pero hay otro abandono mayor. Es el abandono sin ninguna cobertura social continente. Es el abandono del alma. Se quedan los viejos sin familia, no porque ella se agote por muerte de sus integrantes, sólo abandono. Es de hacer notar que las mejores estadísticas, las de los países desarrollados acusan solo un 5% de gerontes en geriátricos y asilos. No obstante el índice de ancianos solos y desamparados es muy otro, mucho mayor. Sobre esa masa humana a la que se decreta "pasiva" y pragmáticamente "improductiva" es que se ejerce la agresión de ser marginados por la soledad. Son sólo cifras del presupuesto del llamado paradójicamente: Ministerio de Bienestar Social.

Criterios de dependencia social en la tercera edad

Con suma frecuencia el paciente senil presenta un deterioro progresivo de sus facultades mentales. Estos pacientes se van degradando progresivamente tanto física como emocionalmente, y aislándose del entorno. Se instala solapadamente el cuadro de la depresión severa, cuadro que describe una constelación de síntomas y fenómenos diferentes asociados, disfonía, alteraciones del sueño, del apetito y pérdida de la libido. La Asociación Psiquiátrica Americana establece dos diagnósticos fundamentales: el episodio depresivo mayor y la distimia. Los familiares, cuando los hay, sufren el impacto emocional y en gran medida económico de las nuevas situaciones creadas tanto en el entorno físico inherente al paciente senil como humano en referencia a la sociedad en la cual se encuentra inserto. Dentro de esta franja, la locura del geronte, ocupa un lugar destacado en la problemática por su repercusión en la sociedad. Un reciente estudio (1998) efectuado por Katz, Miller, Oslin & al indicar que 1 de cada 6 pacientes seniles atendidos en consultorio de atención primaria, presentaban un significativo grado de depresión que determinaría a la brevedad el cuadro ya constituido de demencia. El pasaje de la depresión a la demencia se acelera cuando intervienen factores concurrentes tan trascendentes como el abandono social.

Conclusiones bioéticas

"El importantísimo éxito de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, ha sido esclarecer las obligaciones que la sociedad tiene para con sus miembros de edad avanzada". Asamblea Mundial de las Naciones Unidas, 1982.

Creemos que nunca podremos resolver la problemática del geronte aislado de la misma sociedad que dice cuidarlo, y tanto más difícil es la resolución de los cuadros de patología terminal en el ámbito de la gerontología. La sobrecarga de terapias fútiles hace más cruel el cuadro. ¿Pero quién es el juez que ha de dictaminar esta vida no puede durar más?

3. EUTANASIA EN PSIQUIATRIA

El significado del término demencia "falta de juicio", o "locura" ha variado a lo largo de la historia. En la antigüedad se englobaban en el mismo a todos los trastornos mentales que llevaran a una conducta inapropiada al sujeto, siendo equivalentes insania, imbecilidad o locura. Frecuentemente se asociaba vejez con deterioro mental. El deterioro cognitivo se incrementa sustancialmente con la edad. Ciertos déficit cognitivos cuando se incrementan a través del tiempo transforman el deterioro en demencia. Actualmente se la define como un síntoma caracterizado por deterioro global de las funciones cognitivas, de carácter orgánico, que origina una de la adaptación social sin alteración del nivel de conciencia. Con ella se quiere limitar la amplitud inicial del concepto. No es una única enfermedad, es un síntoma, y es orgánico, diferenciándolo de los trastornos funcionales como las psicosis y neurosis y de las enfermedades congénitas como la oligofrénica y el retraso mental. El término deterioro significa que es adquirido, y que su característica es la cronicidad y lo orgánico de la misma. Las causales etiológicas pueden ser variadas y el término global indica lo amplio del deterioro que comprende múltiples funciones de la esfera cognitiva. Se excluyen las consecutivas a lesiones

focales cerebrales. Pero si se puede llegar a iguales conclusiones finales por la generalización de las causales focales o por intoxicaciones severas cuando pasan a la cronicidad. Los criterios diagnósticos establecidos por la OMS en su décima revisión (CIE 10) exigen para ser incluidos en la denominación de demencia la persistencia de los síntomas y la interferencia con la actividad cotidiana a más de los deterioros cognitivos.

Dado el impacto social que el número creciente de seniles con marcada tendencia a la declinación progresiva de sus capacidades cognitivas se va dando en la comunidad de pirámide etásica aplanada, es fundamental la detección precoz de la patología y de ser posible y detectable, su tratamiento adecuado, con miras a por lo menos alejar en el tiempo biológico el establecimiento del cuadro total. El tema más ríspido es el planteo del suicidio asistido en los pacientes psiquiátricos graves. ¿Quién puede asegurar que el paciente psiquiátrico grave esta en posesión de sus facultades mínimas e indispensables para evaluar su deseo de muerte? Lo más probable es que siempre se este ejecutando eutanasia activa no consensuada con el paciente. Puede ser que en los pacientes alienados terminales se este practicando, y a sabiendas, por el equipo médico eutanasia por piedad, cuando las condiciones del paciente realmente mueven a suprimir una vida sufriente y "sin sentido". ¿O nos estaremos trasladando, sin saberlo, al caso de los "encierros de Bicêtre" de los finales del siglo XVIII según lo relata M. Foucault? ¿Cuántos Couthon habrán actuado en las sombras de sus cargos de administradores de la salud mental a lo largo de la historia? Las obras de M. Foucault muestran una sociedad tiránica y arbitraria que bajo el pretexto de protegerse, en sus estructuras y seguridad individual y colectiva somete a sus componentes enfermos mentales discapacitados (al menor atisbo de indefensión) al arbitrio de las autoridades del estado y lamentablemente por medio de sus "médicos" a la privación de la libertad en nosocomios que en poco o nada se diferencia de las cárceles. Los hospicios, que en siglos anteriores habían estado poblados de leprosos se convierten en cárcel obligada y sin redención posible para débiles mentales, alienados, neuróticos y aún para simples ciudadanos disidentes en sus opiniones o de conductas no concordantes con los patrones sociales imperantes. En los tiempos actuales las conductas y los criterios han cambiado, pero solo en las formas. Se diferencian las cárceles de los hospicios y estos de los geriátricos, más por su arquitectura que por su espíritu. ¿Quién es el dueño de la calidad de vida y finalmente de la dignidad de muerte del sujeto alienado mental? ¿Quién tiene el derecho, o la autoridad legal para decidir la o las conductas terapéuticas a seguir en el enfermo muriente que además es un alienado?

4. LA TECNOLOGÍA TANATOCRÁTICA MEDICALIZA LA MUERTE

En múltiples oportunidades se da la paradoja que presupuestos muy abultados en insumos, técnicas de examen diagnóstico y procedimientos terapéuticos de última generación no reflejan por sí, mayor calidad médica y mucho menos dignidad de la persona en la enfermedad terminal por patología de gran compromiso.

Con harta frecuencia, la perversión ética consiste en "no omitir nada", aplicar todo lo sabido, lo leído, lo aconsejable y todo lo que a cualquiera se le pudieran ocurrir, si es novedad, si es tecnología de punta, por temor a los posibles juicios por mala praxis (por omisión), y se cae inexorablemente en el ensañamiento terapéutico con un paciente cautivo de la tecnología de un servicio de UTI rodeado de la más alta tecnología y de la más cruel soledad, la soledad del abandono humano, del alejamiento de sus seres queridos y de toda confortación espiritual. Se implementa un operativo de recuperación más o menos invasivo en UTI que pueda ser fútil. O la situación inversa: la abstención de conductas activas (cirugía oncológica ampliada, novedades terapéuticas activas, innovaciones diagnósticas invasivas) igualmente por temor a los juicios de mala praxis (por exceso quirúrgico). Estas situaciones dependientes del actual entorno socio-cultural y económico alejan la posibilidad de un planteo deontológico justo.

CAPITULO VI

1. LAS POSTURAS ETICAS y MORALES FRENTE A LA EUTANASIA

El suicidio asistido, así como la eutanasia, en cualquiera de sus dos modalidades, activa o pasiva, se encuentra interdicto en la mayoría de las religiones y con más énfasis en las religiones monoteístas. Su argumento es que la vida es sagrada, un don divino y ella solo a Dios pertenece. Dios es el dueño de la vida humana y el hombre es solo su administrador temporal. Fórmula que es válida tanto para los cristianos (católicos, ortodoxos y protestantes), los judíos y los musulmanes. Para la iglesia cristiana la eutanasia activa esta formalmente interdicta tanto para el paciente como para el profesional o el equipo médico. Es ilícito el pedido del paciente que solicita la eutanasia, y doctrinariamente es delito el ayudar al paciente a morir, sea con actos o con medios por parte de los médicos o de cualquier persona interviniente. Sólo se admite la confortación espiritual y los calmantes para el dolor. La Iglesia Católica, y también la Protestante se opone a toda forma de eutanasia aun a la forma pasiva. No obstante acepta morir con dignidad cristiana, serena y humanamente y por ello acepta interrumpir las conductas de excepción cuando los resultados no corresponden a las esperanzas y posibles expectativas tanto médicas como de los familiares. Es obligatorio la prosecución de los cuidados de rutina. Se opone a la eutanasia pasiva si existe abandono deliberado del paciente. Una postura casi similar es expresada en el Choulhan Arouch (Código de leyes judías). Si hay una causa cualquiera que impida al expiración del agonizante esta permitido dejar de lado esa causa, si hay un elemento exterior que mantiene al enfermo en vilo esta permitido retirar el obstáculo que lo ata a la vida con tal de no tocar uno solo de sus miembros. Yoré Déah 339.1 Haga. Es decir tácitamente se acepta la no sobre actuación que significa la reanimación tecnológica En la "suma" ortodoxia musulmana, toda forma de eutanasia, así como el suicidio, esta interdicta formalmente En el budismo es difícil establecer una frontera formal entre eutanasia pasiva y dejarse morir por su sola voluntad. No es un problema mayor de ética conceptual la muerte en el estado terminal. Primero aceptan no matar, es decir no intervenir en apresurar la muerte, segundo aceptan aliviar los sufrimientos, tercero evitar el encarnizamiento terapéutico y cuarto ayudar a bien morir.

El planteo agnóstico es ajustarse estrictamente al principio de autonomía. El paciente consciente e informado pide la interrupción de los tratamientos y de la atención médica de excepción y decide esperar libremente su propia muerte.

No todos los individuos de creencias religiosas adhieren a estos argumentos de interdicción en el momento de decidir sobre sí mismo o sobre allegados. En el plano moral agnóstico el planteo pasa por la ley de los respectivos países que tratan el tema. Conceptualmente sus bases fundamentales se apoyan en el principio de autonomía como el bien supremo que garantiza la dignidad de la persona. Fuera de los países laicos en su legislación el tema no llega al planteo parlamentario. Para la gran mayoría de los países occidentales la eutanasia esta interdicta y es conceptualizado "homicidio voluntario". La tendencia actual en los diversos países es llegar a una legislación lo más amplia posible que contemple las motivaciones, las causalidades y las implicancias deontológicas sin descuidar el principio de beneficencia y el de autonomía. En la práctica médica asistencial la eutanasia es un hecho llamado "de excepción". El médico amigo y de familia sabe como confortar al muriente y asistir al que está en agonía. En el accionar asistencial en los centros de internación oncológica con pacientes de estado terminal la sedación del paciente mediante calmantes asociados es casi una rutina con el asentimiento tácito de los familiares. Es lo que se denomina sedación de doble propósito. En el entorno de las UTI, tal vez el ámbito de internación en donde menos se encuentra presente esta forma de eutanasia activa. En los frecuentes casos terminales por falla múltiple de órganos y sistemas, la problemática es distinta. Se siguen protocolos actualizados. Esta metodología no está exenta de críticas y de posibles interferencias legales. La necesidad de una legislación que los comprenda y los saque de la posible ilegalidad es imperiosa y deberá ser debatida con sinceridad y sin hipocresías, habida cuenta que es práctica particular de las áreas de oncología y UTI en los casos de extrema necesidad terapéutica final. La eutanasia activa en cualquiera de sus formas y modos operativos entra de lleno en el plano de la legislación penal de cada país, y de los acuerdos internacionales al respecto, que los mismos suscriban en función de miembros de organismos supranacionales.

En el plano jurídico internacional (excepto los que mantienen en sus códigos la pena de muerte) en el derecho positivo afirma que nadie puede ser privado intencionalmente de su vida. No incumbe a la ley el suicidio del sujeto, acto privativo del mismo, lo cuestionado es en el suicidio asistido o su forma médica la eutanasia activa.

Por una parte esta el inalienable "principio de autonomía" del paciente, terminal o no, a su vez las leyes vigentes establecen una interdicción explícita frente a la eutanasia, y por la otra parte está el conjunto de derechos y deberes del médico o el equipo médico, motivado por nobles sentimientos y altruistas propósitos en su accionar técnico en ocasión de la muerte medicalizada del paciente terminal. Pocos países se han abocado a la discusión llana del tema en el ámbito legislativo. En la mayor parte de los que si lo han tratado fue solo en el ámbito de la justicia y para casos particulares rotulados como eutanasia de excepción. Los Países Bajos tienen legislación al respecto desde hace varios años y luego de amplios debates parlamentarios. Australia está tratando el tema en el ámbito legislativo. En España, recientemente se ha resuelto favorablemente un caso de eutanasia de excepción (Eutanasia por piedad). Una corriente de pensamiento similar sé esta profundizando en Francia, Dinamarca y Alemania. Es en la temática de la eutanasia pasiva que se plantea el tema moral y de responsabilidad. Se hace presente tanto en el ámbito de internación como en el domicilio del paciente que esta cursando una enfermedad terminal. ¿Qué hacer con el paciente muriente o solo terminal por su patología de base? Es la incógnita que transcurre en la clandestinidad de lo legal y, lo más importante, en el fondo del alma del médico tratante. No hay ninguna ley en ningún código que mitigue el dolor y la angustia del médico que se sabe impotente frente a la enfermedad terminal de su paciente y es consciente de su deber de ayudarlo a bien morir. No basta con la definición de las dos formas de eutanasia para clarificar lo imbricado del proceder médico, que puede ser técnicamente correcto y dentro de las normas deontológicas, y los aspectos legales, en cada sociedad, según las normas y códigos aceptados en las mismas, sobre todo después de las últimas reuniones internacionales sobre el tema ético del enfermo terminal. Debemos clarificar nuestra postura filosófica sobre el tema para poder tener paz interior y seguir por siempre cumpliendo con nuestro juramento de beneficencia. Es de hacer notar que el dejar sin atención médica, de mayor o superlativa complejidad, según las disponibilidades presentes en los niveles que en el entorno social del paciente se considere normal, es para ese entorno una subprestación (atención deficiente), para la ley internacional homicidio por abandono de persona (nadie puede ser intencionalmente privado de su vida). Art.3 de la DU, Art.2 del CDEH, Art.6 del P. I. D. C. P., Art. 4 de la CDH. ¿Los límites de lo que está permitido "no hacer", o la dudosa frontera de lo que no está permitido "omitir", es relativa ala capacidad tecnológica del entorno y de la disponibilidad de recursos del mismo? Hay países, y en ellos es norma correcta, que optan por ahorrar recursos técnicos no dispensándolos a los casos sin esperanzas de recuperación. Proceder ano brindar los recursos terapéuticos llamados extraordinarios, por el solo arbitrio del médico o equipo médico, fundamentando la actitud no activa en razones deontológicas valederas (naturaleza terminal del paciente, patología incurable, estado irreversible clínicamente demostrado), es el gran tema de controversia. Taxativamente no esta permitido, incluso a pedido del paciente o de sus familiares excepción hecha del caso expreso de testamento de vida, no brindar la atención y medicación extraordinaria. Queda en pie el recurso judicial que permita el proceder médico de excepción. Si la única manera de sostener la persistencia de la vida es recurrir a las tecnologías de reanimación y el medio dispone de la tecnología correspondiente, el médico o el equipo médico están obligados a utilizarlos (Art.3 y 4 del PCEB).

Ni siquiera se puede discriminar sobre la base de edad, quien puede o no acceder a los recursos extraordinarios de la terapia de reanimación (Art.14 del CDH).

El espíritu de la ley al querer asegurar el acceso a la medicación o conductas extraordinarias a todos los estratos de la sociedad esta basado en el principio de justicia. La disponibilidad de los recursos en la atención de la salud deberá ser equitativa. Implica de por si una no discriminación, y que deberá ser "lógica y altruista", entre los pacientes, independientemente de consideraciones circunstanciales (económicas, sociales).

El principio de equidad, es lo que la ley pretende salvaguardar. Parecería estar en contraposición de la lógica objetiva del estado real del paciente según criterio médico.

Pero equidad no significa igualdad absoluta. La obligación de las partes es adoptar, teniendo en cuenta los recursos disponibles, las medidas apropiadas con el fin de asegurar el objetivo deseado. Este es el punto de inflexión legal y deontológico de la conducta que permite separar lo necesario y conveniente en las conductas de excepción (reanimación) y lo que es realidad, tratamiento fútil, terapia desrazonable, o más aun: ensañamiento terapéutico. El criterio valedero

es la futilidad de las conductas de excepción en el caso preciso y nunca la discriminación por causal es circunstanciales (edad, sexo, raza, situación económica, etc.). El enfermo es el único que tiene el derecho a rehusar el tratamiento de excepción que el equipo médico propone (Declaración sobre los derechos de los pacientes. Lisboa, 1981). En Venecia en 1983 se amplió esta declaración consagrándose el derecho del paciente de rechazar la asistencia que afecte su dignidad de persona en la enfermedad terminal. En ausencia de "voluntad conciente" del enfermo, o minoridad, es la familia directa la que puede rechazar las conductas de excepción, mientras no sea evidente y ostensible una mala intención por parte de los mismos (criterio criminal o de abandono deliberado por motivos no éticos). En estos casos la opinión médica puede ser avalada por la justicia. Quedo como norma general "el médico tiene por misión sanar y en la medida de lo posible, aliviar los sufrimientos, teniendo siempre en cuenta el interés primordial de su paciente. Este principio no tiene excepciones, ni por enfermedad incurable ni por malformaciones. Pero deberá ser el médico con su criterio honrado y altruista el que deberá decidir si tal conducta es conveniente y necesaria para tal paciente y cual no, por fútil e innecesaria o perjudicial para el paciente.

2. LA EUTANASIA EN DEBATE

Cuadro del debate

Dos actitudes contrapuestas, aparentemente irreductibles, de inmediata repercusión social y deontológica, se hacen manifiestas frente al tema eutanasia. Las dos posiciones, polarizan las discrepancias en éticas y filosóficas en el terreno de la asistencia médica del paciente de inexorable evolución fatal. La inmensa mayoría de los pacientes terminales desean sobrevivir a su enfermedad, y a pesar de lo cruento de su padecer no desean interrumpir los tratamientos de sostén instituidos. Pero hay un no despreciable porcentaje de los mismos que si desea morir, terminar el padecimiento de su enfermedad con su propia muerte. Es el caso textual de la eutanasia activa indirecta y del suicidio asistido. El punto inicial del debate se puede situar en 1918 cuando se sustancio uno de los primeros casos llevados a la justicia donde quedo sentado como doctrina el derecho de autonomía del sujeto a disponer libremente de su propio cuerpo.

En 1976 la Asamblea Parlamentaria del Concejo de Europa aprueba resoluciones elaboradas por la Comisión de Salud y Asuntos Sociales por las cuales se invita a los estados miembros a nombra comisiones que estudien el tema y proponga legislaciones a fin de proteger los derechos de los pacientes terminales tendientes a garantizar una muerte digna y sin sufrimientos. Posteriormente solo casos esporádicos se sustanciaron en diversas cortes de EEUU con limitaciones muy puntuales. El primer caso de pedido de eutanasia activa en España fue en 1993 en Barcelona siendo rechazado por los jueces intervinientes.

Primera Posición Argumental: INTERDICCIÓN ABSOLUTA. Se apoya en el respeto a la vida humana. No puede ser acortada o suprimida por la acción del hombre, ni siquiera por si mismo, por cuanto es un bien en sí misma.

Sus bases argumentales son: laicas o creenciales.

Argumentos laicos:

1°. *Respeto a todo proceso de la vida.*

2°. *La dignidad de la persona es un carácter intrínseco de la persona.*

3°. *La persona consciente que solicita se ponga fin a su vida frente a determinadas circunstancias de su futuro inmediato, no sabe como será su reacción y cual sus deseos de vida frente a la muerte en dichas circunstancias.*

4°. *Las personas conscientes en estado terminal pueden solicitar poner fin a su vida por consideraciones sociales, familiares, económicas, etc., es decir; personal pero ajenas a su íntima voluntad (suicidio altruista).*

5°. *Las personas en estado terminal privadas de conciencia, total o parcialmente, pueden ser víctimas del entorno, inducidas o forzadas a solicita poner fin a su vida.*

6°. *Las distintas convenciones internacionales sobre el tema de la autonomía y libre disponibilidad del bien: la vida por el propio sujeto no explicita taxativamente el derecho a procurarse la muerte.*

Argumentos credenciales:

Todas las religiones monoteistas sostienen lo sagrado de la vida. Ella es un don divino y sólo a Dios pertenece el arbitrio de disponer de ella.

Segunda. Postura Argumental contrapuesta PERMISIBILIDAD ABSOLUTA. Se apoya en el derecho de autonomía y el derecho al libre desarrollo de la personalidad. Existe un derecho a la vida pero no una obligación a vivirla, su sola existencia supondría la mayor de las imposiciones a la libertad personal. Sostiene que morir con dignidad implica un derecho reconocido que hace a la dignidad de la persona humana.

Este derecho se puede patentizar por medio del llamado Testamento de vida, protocolizar dejando expresa constancia al momento de su internación hospitalaria que rechazan toda conducta de reanimación y sostén tecnológico de la vida que en algún momento posterior a su internación se pueda producir. Puede ser así mismo un rechazo formal a toda terapéutica desrazonable (a su criterio). Se trata de una manifestación expresa de negarse a una conducta terapéutica sobre su persona, puntual a tales y cuales procedimientos, no se puede expresar en general, por cuanto sería rechazar la atención médica. Estas actitudes tienen sus limitaciones jurídicas, para poder ejercerlas se requiere el pleno estado de conciencia, edad adulta y que su actitud no perjudique a terceros de él dependiente. El derecho a solicitar eutanasia o suicidio asistido lo fundamentan en iguales argumentos basados en el principio de autonomía. Esta argumentación no incluye a la eutanasia activa directa y al suicidio asistido, ambos penalizados en todos los países que no se expidieron expresamente a favor de la asistencia técnica para concretar la eutanasia.

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

A lo largo de su historia el hombre ha convivido con la muerte y pretendiendo no ser más el prisionero del destino aprendió a crear los mitos de la vida. Pero la muerte se le escapa siempre aunque invente la inmortalidad con nuevos mitos y así hasta el infinito.

El tiempo y la muerte parecen correr como la sombra de un mismo fantasma, siempre por delante de la mano que los quiere asir.

El hombre de la sociedad actual se siente mucho más perplejo y absorto frente a la problemática que significa la relación individuo-sociedad, que su antecesor de culturas pasadas, que estaba asistido por los báculos que le suministraban los mitos, creencias y filosofías idealistas derivadas de las tradiciones culturales de sus respectivos segmentos de historia. Castas o clases sociales marcaban claramente quien era libre y quien era esclavo, quien era gobernante y quien gobernado. Justas para algunos sectores e injustas para otros, aceptadas o no, esas diferencias posicionales, reales y sostenidas por la ley consuetudinaria gozaron de un estatus de paradigma en las respectivas sociedades. Ahora, que creemos dominar lo imprevisible y aleatorio de las necesidades sociales, tanto elementales individuales como complejas colectivas merced a la tecnología que la ciencia posibilita, paradójicamente comprobamos que ese mismo mundo ya conocido por las ciencias duras y esa misma sociedad exhaustivamente interpretada por las ciencias sociales, se nos ha vuelto extraño y ajeno globalmente, sin que le encontremos ni finalidad ni objeto. Casi constantemente se nos muestra agresivo y violento, una sociedad contra otra sociedad, una cultura contra otra cultura y aun dentro de una misma sociedad y una misma cultura se presenta igual fenómeno conductual. Ahora como antes y aun peor, nuestra propia sociedad se vuelve contra nosotros mismos, a pesar de todas las declaraciones multinacionales, esperanzadas, pomposas pero vanas en su aplicación real. Y al sentirla extraña y agresiva en el entorno próximo y en el ámbito planetario no logramos entenderla como sociedad humana. Permanentemente buscamos sus valores esenciales, tanto como antes en el seno de las filosofías idealistas, pero con mayor angustia, presintiendo los fracasos de sus interpretaciones sobre las causales y finalidades de la sociedad. Sabemos hoy que la tan buscada verdad de los valores que justificaban en generaciones anteriores su existir como ser social son cuestionables y puestos en serias dudas por realidades sectoriales que escapan a nuestro control operacional. Duramente hemos aprendido que la conducta humana ha estado y está conformada por la sociedad, la del "segmento de historia" que nos cabe vivir y no por una entidad genérica a la que siempre se ha llamado "la sociedad humana" y a la cual ya no se puede reconocer como

entidad unitaria. La realidad de un individualismo acuciante tiende a borrar todo resto de pertenencia emocional al grupo humano, sea él secta, casta, tribu, clase o nación en el cual se encuentra inmerso.

Los grandes historiadores del siglo XIX: habían pensado la historia como la realización de la obra de los hombres en cada segmento témporo-espacial que ellos mismos estaban construyendo con sus relaciones reciprocas, pensamiento tempranamente sustentado en el Renacimiento por J. B. Vicco. Dentro de esta corriente que originó el historicismo del siglo XX se destacaron las grandes figuras de la ética social Max Weber, Windelban, Rickert, Spengler, y Dilthey. Todos ellos persiguieron los fundamentos histórico-sociales de la historia con un criterio relativista tomando a su sociedad como modelo paradigmático. De su filosofía de la historia se derivó la ÉTICA moderna, occidental y pretendidamente universal. Como lo expresara O. Spengler sintetizando esa postura "no hay valores que tengan igual validez en distintos segmentos de historia, si bien los valores son absolutos en el interior de una civilización, toda civilización crea sus propios valores y hay tantas morales como civilizaciones" o más sintéticamente lo decía M. Weber "en el terreno de la ética hay un politeísmo de los valores".

No obstante, el historicismo con su relativismo temporal no conformó completamente la razón de la condición humana en la historia de la sociedad. Surge así una posición estructuralista de la historia que sostiene que la historia de la sociedad humana no tiene ningún sentido teleológico y en ella no hay ninguna finalidad última y que no transcurre de una manera continuada y progresiva por un programa preestablecido ni determinista a priori. Sostiene que en ella actúan las estructuras inconscientes de los hombres que tienen fines manifiestos y objetivos, evidentes o no y estos no son más que experiencias personales de los integrantes de la sociedad humana. Cada "zona de historia" tiene una secuencia propia y una codificación diferencial del antes y del después, no obstante es posible descubrir el hilo que enhebra "las zonas de historia" como la relación entre ese antes y ese después. En esta línea de pensamiento la historia carece del tan exaltado sentido finalista como lo venían sosteniendo la mayoría de los filósofos de la historia enrolados en el idealismo, desde San Agustín a Hegel. Decía este autor, tal vez, el máximo exponente del idealismo: "La historia es el desplegarse del espíritu en el tiempo, se desarrolla de acuerdo a un plan racional", al que la religión denomina "providencia" y la filosofía de la historia es el conocimiento científico de ese plan. Precisamente, la ciencia histórica ha demostrado lo ilusorio de presuponer dicho plan. La Historia es discontinua, pero no obstante no se contrapone formalmente al "determinismo histórico". Tampoco existe una ley de progreso, que signifique "mejor" que el estado temporal anterior, que guíe la historia humana en su globalidad. Admitiendo el término mismo "progreso" con su significado de cambio, y aun podemos agregar el concepto más amplio de "acumulación de variables favorables", también podemos adherir al criterio formal de "optimización de resultados" en cuanto perfeccionamiento de formas y modos en los logros materiales y hasta si se quiere una "tendencia altruista a la perfección en las conductas humanas" podemos concluir que "evolución es la condición natural de las secuencias de los hechos y las cosas". Es más, es una propiedad tanto de la materia como de las fuerzas. Progreso en los resultados es una calificación que de la evolución social hacemos sobre la base de una axiología relativista producto de la ubicación en la "zona de historia" que nos cabe vivir u observar. Todo ello no nos obliga necesariamente a presuponer una tendencia o un sentido teleológico de la historia. El estructuralismo no lo avala ni considera una ley conductual, dentro de la cual la historia esta justificada por un proyecto ético preestablecido como lo sostenía Bergson o en su momento a los filósofos idealistas y rechaza el mito del progreso finalista de la historia, tan caro a los historiadores dogmáticos del materialismo dialéctico. Postulaba Bachelor sobre este aspecto del estudio de la historia como disciplina social, "es lo que nos hace conscientes de lo reducido de nuestra dimensión histórica". Cualquier posición axiológica formalista desde la cual se considere el tema de la ÉTICA DE LA MUERTE dentro de una sociedad humana dada y en un tiempo histórico determinado, no podrá dejar de tomar en cuenta al conjunto de parámetros culturales ancestrales incorporados y fijados en la estructura de dicha sociedad y los adquiridos e integrados a la personalidad de sus componentes relacionados con sus experiencias personales en dicha sociedad. Las tradiciones culturales con sus mitos, creencias, cultos y las religiones de ellas derivadas han servido para

sancionar los sistemas valorativos de los grupos sociales en un determinado momento histórico de cada sociedad.

Existe un abismo conceptual en nuestra sociedad occidental, mayoritariamente compuesta por integrantes de las tres religiones del Libro, de moral y creencias en un Dios piadoso protector y dueño de la vida de sus criaturas. Es firmemente partidaria y sostenedora del principio de autonomía de los pacientes, aun de aquellos en estado terminal, pero no muy predispuesta a aceptar como un derecho derivado de esa autonomía tanto la eutanasia activa como el suicidio asistido. Se manifiesta acongojada frente al sufrimiento del enfermo muriente, clama por una solución piadosa, pero no adhiere a suprimir la vida.

De allí, su conflicto ético y emocional. La legislación existente en la mayoría de los países en los cuales esa misma sociedad es parte integrante y constitutiva, establece su interdicción total frente a cualquier forma de eutanasia. Las encuestas y sondeos de opinión en sectores diversos de la sociedad demuestran que son proclives a que se pueda instituir alguna forma de anular los padecimientos de los enfermos terminales, pero sin un accionar que suprima la vida. Se inclinan a una solución aleatoria que puede estar constituida por las distintas variantes de las terapias paliativas, pero son reacios mayoritariamente, a la eutanasia, sobre todo a su forma activa. Todo ello lleva a la práctica clandestina de la eutanasia por parte de los equipos médicos de las áreas de alta complejidad por razones y motivaciones técnicas y de los médicos tratantes motivados por criterios piadosos en las distintas formas de ayudar a los pacientes terminales.

Existen en diversos países organizaciones no oficiales dedicadas a contactar a los pacientes terminales que desean alguna forma de eutanasia con profesionales que por piedad se allanan a asistirlos en una muerte digna. En España, que es un país que no acepta la eutanasia ni el suicidio asistido esta la DMD (derecho a morir dignamente). El grupo ENCASA se ocupa en atender los pacientes terminales en sus domicilios. En Francia, también existen numerosas organizaciones similares (APMD). Finalmente concluimos sosteniendo la postura ética basada en el derecho emanado del Principio de Autonomía, inherente a su dignidad de persona, que tanto le faculta y autoriza la rechazar cualquier conducta terapéutica propuesta como no hacer nada ni permitir que sobre él se haga nada terapéutico que este en contra de su voluntad o lo que él considere "Inconveniente o Incompatible con su Dignidad de Persona".

Los logros conceptuales, controvertidos, parcialmente aceptados pero ya incorporados al sentir de la sociedad actual se pueden resumir como los logros de una bioética actual

1°. El paciente muriente tiene derecho a una muerte digna, sin sufrimientos físicos evitables por metodología terapéutica convencional o extemporánea, y con la menor cantidad de padecimiento psíquico compatible con su estructura intelectual previa al estado de paciente terminal y con un soporte emocional acorde con su estado presente terminal.

2°. Si hay discrepancia entre médico tratante y familiares, respecto de la o las conductas terapéuticas recomendadas para el mayor beneficio del paciente, deberá ser la Ley, por intermedio del juez interviniente, quien decida, para evitar que la familia o terceros autorizados, quieran imponer criterios contrarios a los fundamentales vitales del paciente, con o sin causales, fines o intereses de cualquier índole (Caso de paciente inconsciente perteneciente a sectas que restringen determinadas terapias. Caso de herederos). Por tal motivo se le debe reconocer al paciente terminal el derecho a esperar su muerte, que inexorablemente sobrevendrá de la evolución natural de su enfermedad actual de la manera que más competa a su dignidad de persona. Lo problemático es pedir al equipo médico tratante, anticipar su propia muerte que por su derecho de autonomía también es su derecho, es decir solicitar una eutanasia activa. Este es el punto crucial del problema ético. La Ley no permite al médico una actitud activa en ninguna circunstancia que pueden encuadrar su accionar como un acto de piedad "Suicidio Asistido de Excepción".

Referencias bibliográficas

1. Alvarinhas, F. M. Alvarinhas E. R. *Introducción a la Bioética*. A. M. A. 1999.
2. ANA. Committee on Ethical Affairs. P. V.S. *Ann.Neurol.*1993; 33: 386-90.
3. A. M. A. Council on Scientific Affairs and Con E. And J. A. P. V.S.

4. Beauchamp T. Childress J. *Principies of biomedical ethics*. N. Y. Oxford Univ. Pres. 1989.
5. Brockman J. *La eutanasia. Un lugar para la muerte en la vida*. Ed. Quirón. La Plata. 1978.
6. Campbell J. *Mitología Primitiva Las Máscaras de Dios* 7: 1.
7. Cifuentes S. *Los derechos personalísimos*. 1974.
8. Cohen O. La medicalización de la vida y la marginación de la muerte. *ReFund. F.M.UBA*. 2000; X (38): 7-11.
9. *Declaración Vaticana sobre Eutanasia*, 1980.
10. Ourkheim E. *Le suicide. Etude de sociologie*. Paris.1977.
11. Frankl V. *El hombre doliente*. Ed.Herder 1984.
12. Freud S. *Sicopatología de la vida cotidiana*. F. C. E. México.
13. Fraser. *La rama dorada*. F.C. E. México.
14. Foucoult M. *Historia de la Locura en la Época Clásica* F. C. E. México. 1967.
15. García Guillén O. *Historia de la eutanasia y el arte de morir*.
16. Gafo J. *La Eutanasia Derecho a la muerte humana*. Bs. As.1998.
17. Guillaumin J. *La mort e l'homme*. 1965.
18. Jimenez de Asua. *Eutanasia y Muerte por piedad*. Madrid. 1990.
19. Levene. *Código Penal*.
20. Litovska S. Navigante A. Total pain's evaluation in terminal cancer outpatients. *Proceedings of American Society of Clinical Oncology* 1997; 16: 74.
21. Maltese M.G Apuntes sobre la historia de la Eutanasia. *Rev. Fund. Fac.Med. UBA*. 2000; IX (35); 2000.
22. Martín M. A. *Patología del Suicidio en el Departamento de Emergentología* 1998. (Hospital J.A.Fernandez).
23. Mainetti J. A. *La crisis de la razón médica Introducción a la filosofía de la medicina*. La Plata. Quirón 1988.
24. Masselli y Ferri. El suicidio homicidio. *Med. Law*. 1997; 16(3): 451-71.
25. Mosset Iturraspe J. *Responsabilidad civil del médico*. B. A. 1979.
26. Niño L. F. *Eutanasia. Morir con dignidad*. Bs As. Eudeba. 1994.
27. Pierini L. Valdez P. Bioética en el nuevo milenio. Pacientes críticos y muerte digna. *Re-Fundación Facultad de Medicina. UBA* 2000; X (38): 36-39.
28. Fustinoni O. La muerte con dignidad. *Re-Fundación Facultad de Medicina. UBA*. 2000; X (38): 44-48.
29. Rovalletti M. L. El sentido de muerte propia. *Acta Psiquiátrica y psicológica de A. L* 1984; XXX (2).
30. Suarez A. La disponibilidad sobre la propia vida y el derecho a morir con dignidad. HYPERLINK-//www.juridicas.com/areas. www.juridicas.com/areasvirtual/articulos/55-derecho.
31. Vidal M. *Clarificación del concepto de eutanasia. Bioética. Estudios de bioética*. Madrid. 1989. Eds. Tecnos.
32. Seale C. *Eutanasia. Social science and medicine*. England. 1995. Vol. 40 N°5. Pag.181-87.Simposio sobre el nacer y el morir. A. N. M. de B. A.1996.
33. Stauss L. *Antropología estructural*. F. C. E. México 1980.
34. Thomas L-V. *Antropología de la muerte*. F. C. E. México 1993.
35. Yungano A. y col. *Responsabilidad civil de los médicos*.BA 1986.