

Voces: EUTANASIA - SUICIDIO - MUERTE DIGNA - SALUD - MUERTE DEL PACIENTE - CONSENTIMIENTO INFORMADO - PROFESIONALES DE LA MEDICINA - CENTROS MÉDICOS - RELACIÓN MÉDICO PACIENTE - CONSTITUCIÓN NACIONAL - DERECHO A LA VIDA - DERECHO A LA SALUD - DERECHO A LA INTEGRIDAD FÍSICA - DERECHO A LA INTIMIDAD - LIBERTAD DE CONCIENCIA - DIRECTIVAS ANTICIPADAS - RECHAZO DE TRATAMIENTO MÉDICO - MENORES - BIOÉTICA - PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Título: Algunas consideraciones a partir del caso Brittany

Autor: Magnante, Dinah

Fecha: 27-nov-2014

Cita: MJ-DOC-6976-AR | MJD6976

Producto: MJ,SYD

Sumario: *I. Suicidio médicamente asistido. II. Eutanasia. III. Sedación paliativa" o terminal". IV. Limitación del esfuerzo terapéutico y rechazo de tratamientos. V. Suspensión de atención médica por fallecimiento. VI. Otras consideraciones. ¿Existe la eutanasia por omisión? Alimentación e hidratación por vías artificiales. VII. Conclusiones*

Por Dinah Magnante (*)

Brittany Maynard, la joven estadounidense de 29 años conmovió al mundo cuando hizo público su pedido de suicidio asistido a través de las redes sociales luego de que se le diagnosticara un tumor cerebral incurable con un pronóstico de vida de seis meses. Brittany, vivía en California y debió trasladarse a Oregon, uno de los estados que permiten esa práctica, donde debió establecer su residencia para poder cumplir con su deseo. A través de las redes sociales, pidió que el suicidio asistido se legalice en todos los Estados de su país.

En los videos y fotos que Brittany hizo trascender, se la veía espléndida y feliz. Se podría decir que Brittany tenía todo lo deseado por cualquier mujer de su edad. Pero, pocos días después de casarse, le diagnosticaron la enfermedad que indefectiblemente la llevaría a la muerte. Muchas personas le pidieron que desistiera de la idea de poner fin a su vida, con el respeto merecido en su gran mayoría y, muchas otras personas apoyaron su petición. La joven, había anunciado que sería el 1° de noviembre, luego de festejar el cumpleaños de su esposo y, aunque un día antes de la fecha indicada comunicó que lo había pospuesto, lo concretó el día programado y rodeada de sus seres queridos.

Lo cierto es que Brittany, más allá de cualquier opinión favorable o contraria a su decisión, nos interpela respecto a nuestra propia muerte y quizás ese, haya sido su mayor legado.

También lo hizo en su momento Ramón Sampredo, el hombre cuadripléjico que puso fin a su vida de la forma en la que pudo luego de que la justicia española le negara la petición de suicidio asistido."Mar Adentro", la película que narró su historia y en la que Javier Bardem se puso en la piel de Ramón, protagonizando magníficamente a ese español sufriente y suplicante.

Sin ir tan lejos, también lo hizo nuestra Melina González, la joven gran mujer que padecía una enfermedad incurable, dolorosa y progresiva. Melina pidió sedación profunda para paliar su dolor y poder morir. Que se respetara el derecho de autonomía y la dignidad, ha sido su mayor legado.

Y Camila Sánchez, una niña que nunca vio la luz, nunca pudo sonreír, ni abrazar, ni jugar. Desde su nacimiento, permaneció durante los 3 años de su vida en un estado vegetativo permanente con asistencia respiratoria mecánica.

Ellas lograron que finalmente se abriera el debate y que el parlamento argentino sancionara una ley de "muerte digna".

Cuando ocurren estos casos se reaviva el debate sobre las decisiones en el final de la vida.

En ese sentido, resulta oportuno hacer un breve análisis a los efectos de diferenciar los términos y conceptos que se encuentran relacionados con el "derecho a una muerte digna" en los que se proponen cinco escenarios diferentes. Según Pablo Lorda y otros, serían: 1) Eutanasia y suicidio asistido; 2) Limitación del esfuerzo terapéutico (LET); 3) Rechazo al tratamiento; 4) Sedación paliativa y 5) Suspensión de atención médica por fallecimiento.(1) Esta diferenciación nos permite también, referirnos a la legislación vigente en nuestro país y al derecho comparado.

I. SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

"El suicidio asistido por el médico es definido como la ayuda intencional de un médico hacia una persona para que esta se suicide, a través de la provisión de drogas para su auto-administración, por el pedido voluntario de esa persona competente".(2)

El suicidio médicamente asistido es legal en Oregon (USA) desde noviembre de 1997. La ley que lo permite, la Oregon's Death With Dignity Act (DWDA), fue aprobada por los votantes del Estado en 1994, no se hizo operativa hasta noviembre de 1997. Este período de suspensión se debió a una sentencia dictada por el juez federal Michel R. Hogan, de la Corte de Distrito de Oregon, que bloqueó la entrada en vigencia de la ley al declararla inconstitucional por considerar que violaba la Equal Protection Clause de la 14^a Enmienda de la Constitución de los Estados Unidos, según la cual todas las personas, en circunstancias similares, deben ser tratadas de modo similar. Sin embargo, la orden de suspensión que bloqueaba la DWDA fue removida por la Corte de Apelación del 9^o Distrito Federal (Ninth Circuit Court of Appeals) el 27 de octubre de 1997. En esta fecha, la asistencia médica al suicidio comenzó a ser una opción legal en Oregon, que pasó a ser el único Estado de la Unión que admitía el suicidio médicamente asistido.(3)

Asimismo, los votantes de Washington aprobaron su ley en 2008 que fue implementada en el 2009. En 2013 los legisladores de Vermont, promulgaron también su ley. Oregon, Washington y Vermont son los tres estados de USA en los que está permitido el suicidio asistido.(4)

Para acceder al suicidio asistido se requiere cumplir con ciertos requisitos que se encuentran establecidos en las legislaciones respectivas.

Los pacientes terminales que deseen obtener la prescripción deben tener su residencia en alguno de esos tres estados y seguir una serie de pasos en función de que se les otorgue el certificado.(5)

Entre otros requisitos, la ley requiere ser mayor de edad y tener plena voluntariedad. El paciente debe ser mayor de 18 años, capaz de tomar y comunicar decisiones respecto a su atención médica y ser diagnosticado con una enfermedad terminal que conducirá a la muerte dentro de los seis meses. Dos médicos deben determinar si se han cumplido estos criterios.(6)

Tanto el médico tratante como el médico consultor deben confirmar que el paciente es capaz, que su petición es voluntaria, y que no sufre depresión u otra enfermedad que lo incapacite. El paciente que requiere la colaboración del médico para terminar con su vida ha de solicitarlo dos veces verbalmente, con un intervalo mínimo de 15 días, y una vez por escrito, antes de poder obtener la prescripción letal. La petición escrita tiene que estar firmada por dos testigos, y han de transcurrir al menos 48 horas entre la petición escrita y la entrega de la receta. La ley aconseja, pero no obliga, que se realice una pericia psiquiátrica del paciente que solicita el suicidio, antes de llevarlo a cabo, si en opinión de uno de los médicos el paciente sufre algún problema psicológico que hace dudar de su capacidad mental. Asimismo, la ley sugiere notificar a la familia la solicitud del paciente.(7)

Queda claro en la ley que es el paciente el que se provoca la propia muerte. No exige que existan dolores insostenibles como tampoco cuidados paliativos previos, por lo que el suicidio asistido es una opción más y no la última opción.

En Suiza no se encuentra legislado el suicidio asistido pero, la ley no castiga la ayuda al suicidio asistido siempre que las drogas mortales sean suministradas por el propio paciente. En ese país funciona una clínica llamada "Dignitas", a la que acuden pacientes de otros países afectados generalmente de cáncer, casos terminales de parkinson y de esclerosis múltiple para poner fin a sus vidas.

El pedido de Brittany es el más reciente y trascendente. No obstante, con anterioridad a este hecho, se escucharon opiniones de otras personalidades que padecen patologías irreversibles y progresivas. En un artículo publicado en "La Bioética y el Arte de Elegir", Cuenca Trabado se refirió a ellos con estas palabras: "Por un lado, desde la ciencia, el físico británico Stephen Hawking ha salido en defensa del derecho al suicidio asistido mientras se garantice que se hace con consentimiento del enfermo. Desde la religión, el teólogo progresista católico y suizo Hans Küng ha hecho firme para sí la decisión de disponer de su propia vida de manera real e histórica debido a su avanzado Parkinson, algo que previamente ya había mencionado desde un punto de vista teórico. El tercer ejemplo, procede del campo de la literatura; Michela Murgia, a través de una preciosa novela, "La Acabadora" -que trasciende el estilo literario para convertirse (según opinión de este autor) en un tratado de tanatología- narra la costumbre de los habitantes de la isla de Cerdeña en la que sus pueblos tenían una persona, una mujer, que reconfortaba y ayudaba a morir a aquéllos que se encontraban al final del camino." El autor eligió estos casos, no sin hacer antes la salvedad de que, "existen muchos otros ejemplos a favor del derecho a decidir y poder tomar las riendas del final de la propia vida y la propia -no se olvide- muerte".(8)

II. EUTANASIA

La eutanasia consiste en terminar con la vida de alguien a su pedido y es definida como: "la terminación intencional de la vida de una persona por parte de un médico a través de la administración de drogas, por pedido voluntario de esa persona competente".(9)

Esta definición también es compartida por muchos autores y entre ellos Carlos Gherardi, quien expresa que "eutanasia significa básicamente provocar la muerte 1) efectuada por un tercero; 2) de un paciente portador de una enfermedad mortal; 3) a su requerimiento; 4) en su propio beneficio, y 5) por medio de la administración de un tóxico o veneno en dosis mortal."(10)

Es necesario que se verifiquen todos estos requisitos de manera que se pueda distinguir la eutanasia del homicidio. La acción de un tercero que provoca la muerte, que generalmente es un médico, distingue la eutanasia del suicidio asistido por el médico, en el que este último pone al alcance del paciente la droga necesaria para provocar la muerte siendo el mismo paciente quien la auto-administra.

El Grupo de Tareas de la EAPC interpreta que por definición la eutanasia es "activa", con lo cual la expresión eutanasia "pasiva" no existiría. En ese sentido también se expresan varios autores.(11)

En Europa, la eutanasia y el suicidio asistido se encuentran legislados en Holanda, que en 2002 se convierte en el primer país del mundo en legalizarla. En abril de 2001 el Parlamento holandés realizó los cambios necesarios en el código penal para legalizar tanto la eutanasia como el suicidio asistido en ciertas circunstancias; esta ley fue efectivizada a partir de abril de 2002. Poco después Bélgica siguió los pasos de Holanda, cuando el Parlamento votó en favor de la legalización de la eutanasia en mayo de 2002. En 2009 los diputados de Luxemburgo aprobaron una ley que despenalizó la eutanasia, pero luego de limitar los poderes del Gran Duque Enrique I, quien se negó a sancionar el entonces proyecto de ley por razones de conciencia.

Luxemburgo se convirtió así en el tercer país de la Unión Europea que autoriza la eutanasia y el suicidio asistido.

A principios de este año Bélgica amplió a los menores de edad la ley que autoriza la eutanasia, vigente desde el 2002, convirtiéndose así en el segundo país del mundo en autorizarla después de Holanda. La diferencia radica en que la ley holandesa autoriza la eutanasia a partir de los 12 años de edad mientras que los parlamentarios belgas prefirieron la noción de "capacidad de discernir" del menor.(12) Quitaron del proyecto el sufrimiento "psíquico" insoportable que, en el caso de los adultos, sí abre la vía a la eutanasia.

En ese sentido, en recientes publicaciones periodísticas se informó que la justicia belga ha dado el visto bueno para que, por primera vez, un preso pueda acogerse a la eutanasia. Frank Van del Bleeken, de 51 años, tras tres décadas en prisión y condenado a cadena perpetua por la violación de varias jóvenes y el asesinato de una de ellas, recurrió a los tribunales para poner fin a la "angustia" y al sufrimiento psicológico "insoportable" al que dice estar sometido. El reo aducía que no tenía expectativas de recuperación y que, pese a los tratamientos a los que se ha sometido, no ha logrado superar los impulsos de violencia sexual.(13) El pedido había sido realizado tres años atrás pero entonces le fue denegada porque se consideró que primero había que agotar todas las vías terapéuticas para intentar curarle. También es la primera vez que en Bélgica se estima el sufrimiento psicológico como argumento para la eutanasia.

Asimismo, la unidad encargada de aconsejar a las personas que deciden poner fin a su vida de forma asistida, la Ulteam, ha recibido otras 15 peticiones de eutanasia, todos presos, desde que el Ministerio de Justicia y la defensa acordasen el traslado de Bleeken a un hospital para ayudarle a morir.

Recordemos que en nuestro país la eutanasia y el suicidio asistido están prohibidos. La eutanasia se encuentra tipificada en nuestro Código Penal como homicidio y la instigación al suicidio es la figura que corresponde al suicidio asistido.

III.SEDACIÓN "PALIATIVA" O "TERMINAL"

Cuando se hace referencia a la sedación "paliativa" o "terminal" estamos hablando del uso de medicamentos sedantes, administrados en dosis apropiadas e indicados para el control de síntomas intolerables y refractarios a los tratamientos sintomáticos vigentes.(14)

"El objetivo de la sedación paliativa es inducir el sueño y la pérdida de conciencia de aquella persona que, por razones de su situación clínica, padece un sufrimiento que no puede ser aliviado de otro modo."(15)

Los fármacos sedativos se administran de un modo progresivo y testeando el resultado alcanzando una sedación leve, pero si el sufrimiento persiste, se incrementan las dosis hasta lograr el sueño profundo. Esta sedación suele ser intermitente, pero puede transformarse en una sedación profunda y continua en el caso que sea imprescindible.(16)

La sedación profunda también se utiliza en los casos en que se requiere la desconexión de la respiración asistida. En general, se encuentra determinado en los protocolos como uno de los pasos a seguir para la práctica de ese acto médico.

Se diferencia sustancialmente de la eutanasia, fundamentalmente en la intención y en las dosis y proporción de los fármacos que se utilizan.(17)

Esto se encuentra vinculado al "principio del doble efecto", en atención a que la intención del agente tiene una finalidad positiva que es paliar el dolor por lo que, entonces el efecto directo será positivo mientras que sea proporcionado y no puede ser sustituida por otros remedios exentos de efectos negativos, aunque de ello resulte la muerte, resultado secundario y no deseado. El principio del "doble efecto" ha sido desarrollado por los moralistas de la Iglesia Católica.

La sedación profunda forma parte de los cuidados paliativos y por lo tanto es una práctica que además de ser ética también, es legal en nuestro país.

La sedación profunda es lo que pidió desesperadamente nuestra Melina González.

No podemos dejar de referirnos en este punto a los cuidados paliativos. De acuerdo a la definición brindada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), "los Cuidados Paliativos son un abordaje que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares que padecen problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación precoz, evaluación de excelencia y el tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales."(18)

Estos cuidados deben ser brindados por un equipo interdisciplinario puesto que el trabajo en equipo es el componente esencial. El equipo base debe estar integrado por médico y enfermera, a quienes se suman el trabajador social y el psicólogo y, de ser posible, otros integrantes: ministros de la fe, kinesiólogo, farmacéutico, terapeuta ocupacional y voluntarios no profesionales.(19)

La Carta de Praga urge a los gobiernos a aliviar el sufrimiento y a reconocer los cuidados paliativos como un derecho humano. Que el acceso a los cuidados paliativos es una obligación legal y ha sido reclamado como un derecho humano por parte de asociaciones internacionales basándose en la salud física y mental al más alto nivel posible.(20)

En ese sentido podemos decir que en nuestro país es un derecho reconocido en la ley 26529 modificada por la ley 26742. Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación realizó en 2002 algunas modificaciones que derivaron en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) y que incluyen un conjunto de prestaciones básicas esenciales. En ellas se subraya la necesidad de desarrollar programas que contemplen "el derecho a una muerte digna, buscando la desinstitucionalización de estos pacientes cuando sea posible". Esta cobertura se extiende a las empresas de medicina prepaga a través de la ley nacional 24754 que establece que las mismas deben incluir en sus planes de cobertura

médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias exigidas a las obras sociales.

Es indudable que los cuidados paliativos han tenido un gran desarrollo en nuestro país y contamos con los mejores equipos en esta materia quienes, junto a diversas asociaciones han logrado que en algunos hospitales públicos existan los servicios de cuidados paliativos. No obstante ello, resta mucho por hacer y debería ser una política de estado a los efectos de que estos cuidados se realicen en todos los hospitales de nuestro país que además de beneficiar la calidad de vida de los pacientes, contribuiría a la optimización y una mejor distribución de los recursos en salud. Se estima que menos del 10% de la población en el final de la vida tiene acceso adecuado a los cuidados paliativos.

En julio de 2012 la Cámara de Senadores de la Nación aprobó el proyecto de ley "Plan Nacional de Cuidados Paliativos" y lo giró a la Cámara de Diputados. Lamentablemente ha perdido estado parlamentario por falta de sanción en esta Cámara.

La Ciudad de Buenos Aires a través de la resolución N° 587 del año 2010 , publicada en el B.O. CABA N° 3385 del 22/03/2010 creó el Programa de Cuidados Paliativos, pero no tiene asignación de presupuesto.

IV. LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO Y RECHAZO DE TRATAMIENTOS

Existe un amplio consenso en que la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), el rechazo de tratamientos y la sedación paliativa no deben ser consideradas eutanasia. Y, que el término eutanasia debe ser reservado solo a una acción directa e intencional, por parte de un médico que administra un fármaco que producirá la muerte a pedido de un paciente. Debiendo dejarse de lado toda otra terminología (activa, pasiva, indirecta, voluntaria, etc.) que solo se presta a la confusión.(21)

1) LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

"La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es retirar (en inglés, withdraw) o no iniciar (en inglés, withhold) medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima."(22)

Retirar o no iniciar dichas medidas permite que la enfermedad siga su curso normal y natural permitiendo que la muerte acontezca. Es la enfermedad lo que produce la muerte del enfermo, la LET permite la muerte en el sentido que no la impide, pero en ningún caso la "produce" o "causa. Esta diferencia entre "permitir" la muerte y "producir" la muerte es clave, pues es lo que separa la LET de la eutanasia.(23)

El juicio clínico sobre la futilidad no es un juicio fácil puesto que la medicina no es una ciencia exacta. Pero, cuando un médico que ha evaluado y ponderado los datos clínicos basado en criterios de indicación y pronóstico y concluye en que un tratamiento es fútil, no tiene obligación ética de iniciarla y si ya la ha iniciado, debería proceder a retirarla para no caer en la obstinación terapéutica o el llamado encarnizamiento terapéutico.(24)

Claro que esto también debe ser ponderado con otros aspectos y fundamentalmente con la opinión del paciente si es capaz, con las directivas anticipadas si las hubiere realizado en caso de no ser competente o con el representante o familiar que esté autorizado por el paciente o la ley.

Muchas veces sucede que médicos con muy buen criterio, luego de haber evaluado que una medida terapéutica ya no es aconsejada para la situación de un paciente no competente, son sus allegados los que se niegan a limitar los tratamientos e incluso, llegan a presionar para que se continúe con

tratamientos en detrimento de la dignidad de su familiar.(25)

También suele suceder que el equipo médico de un servicio, generalmente de terapia intensiva, que recibe a un paciente derivado de otro servicio, luego de evaluar que los tratamientos no son adecuados y decidir el retiro o la abstención de medidas terapéuticas juntamente con los familiares, se interpone el profesional que tenía a cargo el paciente y trata de revertir la decisión consensuada entre el equipo médico y los familiares. Esto lleva a que el familiar vuelva atrás con la decisión envuelto en un manto de dudas.

En estos casos, lo recomendable es recurrir a la consulta del Comité de Ética de la Institución o el más cercano, en caso que no se contara con un Comité en el lugar de atención. Así también lo expresa el decreto 1089 que reglamentó la ley 26529 modificada por la ley 26742, art. 2º, inc.e). El Comité de Ética puede intervenir a los efectos de aclarar la situación con los profesionales y/o los familiares sin que necesariamente deba emitir un dictamen.

Con anterioridad a la sanción de esta ley, el Comité de Ética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva elaboró las "Pautas y Recomendaciones para la Abstención y/o Retiro de los Métodos de Soporte Vital en el Paciente Crítico", documento emitido en el año 1999, como guía de procedimiento para LET.

En ese sentido, es recomendable implementar protocolos de actuación en los servicios que resulte necesario debidamente aprobados por un Comité de Ética.

2) RECHAZO DE TRATAMIENTOS

Así como en la toma de decisiones de LET el peso principal de la decisión recae en el profesional, en las decisiones de rechazo de tratamiento el protagonismo total corresponde al paciente. El rechazo de tratamiento forma parte de la teoría general del consentimiento informado, que es el modelo de toma de decisiones vigente en la bioética. (26)

El rechazo de tratamientos es un derecho reconocido por la ley 26529 "Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud" modificada por la ley 26742, llamada "ley de muerte digna", en sus arts. 2º, inc. e) referido a la Autonomía de la voluntad y 5º, inc. g) referido al consentimiento informado.

Este derecho encuentra su apoyatura en el art. 19 de nuestra Carta Magna y también ha sido reconocido por la jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en algunos fallos relacionados con pacientes testigos de Jehová, en el año 1993 en el caso "Bahamondez" y el más reciente, "Albarracini", en el año 2012. Ambos se negaron a recibir transfusiones de sangre y sus derivados, el primero se encontraba competente mientras que Albarracini, se encontraba en estado de incoscienza pero lo había dejado estipulado en una directiva anticipada.

No obstante la normativa vigente, nos encontramos muchas veces con dificultades para que en las instituciones de salud o los profesionales intervinientes respeten los derechos de los pacientes en cuanto a la negativa a ser sometidos a tratamientos no deseados o que ya no son adecuados para su situación, siendo mayor la dificultad cuando se trata de pacientes que no pueden expresar su voluntad.(27)(28)

No podemos olvidar que en estos momentos la Suprema Corte de Justicia debe resolver el caso de "D., M. A.", una persona que se encuentra en estado de inconsciencia desde hace 20 años y que sus hermanas han pedido el cese de todo tratamiento y el retiro del soporte vital.(29)

V. SUSPENSIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA POR FALLECIMIENTO

Los criterios de muerte encefálica están claramente definidos en la ley 24193 modificada por la ley 26066 "Ley de Trasplantes de Órganos y Tejidos". Cuando un paciente cumple con estos criterios, no iniciar o retirar todas las medidas terapéuticas de soporte vital no produce ni permite la muerte del paciente, porque en realidad ésta ya ha acontecido. Si el paciente ya fallecido es potencial donante de órganos, la única diferencia es que, antes de proceder a la desconexión final, se le realiza una serie de intervenciones clínicas destinadas a posibilitar la extracción de órganos. No hay aquí ningún tipo de conflicto ético ni jurídico ni cabe hablar de eutanasia ni limitación de esfuerzo terapéutico. Todas estas expresiones tienen sentido cuando se habla de pacientes vivos. (30)

VI. OTRAS CONSIDERACIONES.¿EXISTE LA EUTANASIA POR OMISIÓN?. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN POR VÍAS ARTIFICIALES

En el desarrollo de este trabajo se han expuesto todos los conceptos que se refieren a "muerte digna" pero, resta por agregar otras posiciones y miradas bioéticas que se refieren al tema.

En ese sentido, me voy a referir a la bioética que sustenta la Iglesia Católica el "Personalismo Ontológico", fundamentado en la doctrina de la Iglesia y la filosofía de Santo Tomás de Aquino. Es clara su posición respecto al rechazo de la eutanasia y al suicidio asistido pero, también al "encarnizamiento terapéutico", esto se encuentra expresado en el "Corpus Vitae", conjunto de encíclicas referidas a la cultura de la vida. Es así que, no se opone a la LET, ni al rechazo de tratamientos por parte del paciente y tampoco a la sedación profunda.

El problema radica en que sigue sosteniendo una definición de eutanasia distinta a la propuesta por la corriente actual de pensamiento como la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC). Otro de los reparos de la Iglesia es respecto al retiro de alimentación e hidratación suministrada por vías artificiales, rechazo que sostiene la mayoría de sus representantes.

No obstante ello, los moralistas de la Iglesia trataron los temas de los tratamientos extraordinarios por más de 500 años y se desarrollaron nuevas teorías como consecuencia del avance de la ciencia y las nuevas tecnologías.(31)

Para la Iglesia Católica la eutanasia también se produce por omisión y la define así: "Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que, por su naturaleza o en su intención, procura la muerte, con el fin de eliminar todo dolor.La eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o de los métodos utilizados".(32)

Como se dijo en párrafos anteriores, el concepto de medios ordinarios y extraordinarios ha evolucionado y se desarrolló una nueva teoría que su autor, Calipari, denominó "El principio de lo éticamente adecuado en el uso de los medios de conservación de la Vida"(33), siendo esta metodología la que utiliza actualmente el "Personalismo Ontológico".

La novedad de este trabajo radica en que ha utilizado los términos «proporcionados» y «desproporcionados», como diferentes de los ordinarios y extraordinarios. Los primeros, a los efectos de realizar una evaluación objetiva, es decir, lo referido a lo técnico-médico, y los segundos serían aquellos que toman en consideración aspectos subjetivos, más estrechamente dependientes de la subjetividad del paciente; categoría que resulta mantener y no suplantar por la de proporcionados y desproporcionados. Cruzando estas variables descriptivas, se obtienen las categorías descriptivas a las cuales les corresponde un deber ético en el orden del actuar, es decir, la calificación con base en tres clásicas situaciones morales: obligatoriedad, facultatividad, ilicitud.(34)

Esta metodología la podemos sintetizar en este cuadro:

Analizando esta metodología surge una pregunta fundamental y por consiguiente una respuesta y algunas conclusiones. ¿Puede producirse la eutanasia por omisión?

Teniendo en cuenta que es el equipo médico el que está a cargo de la evaluación clínica respecto a la proporcionalidad o no del uso de un medio en un diálogo estrecho con el paciente, que es quien determinará de acuerdo a su juicio si es ordinario o extraordinario el uso de ese medio, la eutanasia por omisión se produciría cuando el medio es considerado proporcionado para el equipo médico y ordinario para el paciente, en ese caso el modo de obrar es OBLIGATORIO. Si no se lleva a cabo esa práctica médica obligatoria, podemos hablar de eutanasia por omisión? O, simplemente de homicidio.

En los casos en que el paciente decide no someterse a una práctica médica, de acuerdo a esta teoría, el modo de obrar es facultativo, por lo que no habría eutanasia por omisión. Recordamos que la subjetividad del paciente es tenida en cuenta en todos los documentos mencionados de la Iglesia que, si bien en esta nueva metodología se toman en cuenta diferentes factores para determinar la proporcionalidad del uso del medio y también factores que debe tener en cuenta el paciente, el autor de esta teoría coincide en que el paciente es el último responsable de su salud.(35)

Por otro lado surge otro dato importante que es cuando el médico o el equipo médico consideran que el uso de un medio es desproporcionado o inadecuado para la situación de un paciente, en este caso el modo de obrar es ILÍCITO, aunque el paciente lo considere ordinario.

Esta conclusión tiene su significancia, como lo hemos expuesto anteriormente, en cuanto a que muchas veces el paciente o los familiares se resisten a aceptar una realidad, el fin de la vida física y es entonces cuando el equipo médico debe extremar la comunicación con ellos a fin de salvaguardar la dignidad del paciente. Cuando esto resulta imposible, es el momento de requerir la colaboración del Comité de Ética.

En conclusión, desde mi punto de vista no podemos hablar de eutanasia por omisión cuando la decisión última está puesta en el paciente. ¿Quién podría obligar a una persona a someterse a terapias que no desea?

No podremos modificar una encíclica papal, pero al menos podemos cambiar la mirada e interpretar de manera más amplia estos conceptos.

Otro tema en discusión es la alimentación e hidratación por vías artificiales; como dijimos, existe una mayoría de representantes de la Iglesia Católica que se opone al retiro en situaciones en que ya no sería adecuada su implementación.

En ese sentido, Juan Pablo II en su discurso del 20 de marzo de 2004(36) referido a las personas en estado vegetativo, sostuvo que "su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal, moralmente obligatorio". Este discurso ha sido interpretado por varios doctrinarios y también por el episcopado australiano.

Gómez-Lobo, cita la "nota informativa sobre el deber de proporcionar nutrición e hidratación" publicado en la Conferencia Episcopal Católica Australiana por la Doctrina y la Moral y por la Comisión para Asistencia Sanitaria.(37)(38)

Los obispos australianos, en la nota mencionada, en referencia al deber de suministrar este soporte vital, expresaron: "3. Sin embargo, en casos particulares, la nutrición y la hidratación dejan de ser

obligatorios, por ejemplo si el paciente no estuviera en condiciones de asimilar las sustancias suministradas o si las mismas modalidades de suministro fueran causa de sufrimiento desproporcionado para el paciente o implicaran una excesiva gravedad para otros [..]. 5. Cada vez que un tratamiento médico o el suministro de nutrición e hidratación son rechazados o interrumpidos por motivos legítimos (inutilidad, gravosidad), no se puede hablar de eutanasia".

Terminan sus consideraciones con una serie de conclusiones: "En conclusión, el discurso del PAPA es una aplicación de la enseñanza católica tradicional y no afirma ni que la nutrición y la hidratación deban ser siempre suministradas, ni que nunca deban ser suministradas a pacientes inconscientes y/o incapaces. Más bien el Papa sugiere la presunción a favor del suministro de alimento e hidratación a todos los pacientes, aun con los medios artificiales, pero reconoce también que en casos especiales dicha presunción deba ceder el paso al reconocimiento que el suministro de nutrición e hidratación sería inútil y excesivamente gravoso".

Estas líneas confirman lo dicho anteriormente por esta autora en cuanto a que, siempre es posible brindar una interpretación más amplia de los documentos emitidos por la autoridad máxima de la Iglesia Católica.

VII. CONCLUSIONES

Aspectos culturales y religiosos muy arraigados en nuestro país indican que el debate sobre eutanasia y suicidio asistido difícilmente pueda realizarse. Agregaría a ello, la inoportunidad para el planteo de estas opciones como un derecho a elegir en el final de la vida, por las razones que seguidamente expongo.

Nuestro país sancionó la ley 26742 de "muerte digna" en el año 2012 modificatoria de la ley 26529, que reconoce los derechos de los pacientes en cuanto a rechazar tratamientos y el acceso a los cuidados paliativos.

A través de estas líneas hemos comentado las dificultades para la implementación de esta ley; la experiencia indica que se deben aumentar los esfuerzos a los efectos de capacitar a todos los operadores de la salud respecto a las cuestiones éticas y legales involucradas en esta temática.

Cuanto mayor sea el grado de conocimiento de los profesionales de la salud, mejor será la comunicación con sus pacientes o sus familiares, como así también el acompañamiento que se requiere para que los pacientes y familiares logren tomar decisiones acordes a la ética y al buen morir. Por otro lado, la implementación de protocolos de procedimientos en los servicios, aprobados por un Comité de Ética, constituye una herramienta importante para los médicos como así también, la existencia de las Directivas Anticipadas (DA).

Nuestra ley ha determinado que las DA deben formalizarse ante un escribano público o ante Juzgados Civiles, lo que constituye un obstáculo importante para que las personas decidan o puedan ejercer ese derecho. No obstante ello, varias instituciones tanto públicas como privadas cuentan con modelos de DA que se adecuan a las necesidades de las personas y de forma gratuita. Esta modalidad lleva muchos años y es la forma que debió regularse en la ley 26742 (art. 11).

En la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires se realizaron dos audiencias públicas, una de ellas el mismo día que la realizada en el Congreso de la Nación, a los efectos de sancionar una ley similar. Este proyecto establecía que las DA podían estipularse ante el equipo médico y dos testigos y además, contenía conceptos más claros que completaban la ley nacional; el proyecto fue aprobado por dos comisiones y quedó pendiente de aprobación en la tercera comisión que debía girarla al recinto de legisladores para su sanción. Lamentablemente el proyecto perdió estado parlamentario.

También comentamos respecto a la necesidad de que los cuidados paliativos se proporcionen en todas las instituciones de nuestro país, tanto en el sector público como privado. Además de proporcionar un beneficio inestimable en cuanto a mejorar la calidad de vida de las personas, la implementación de estos cuidados muchas veces evitaría que la muerte ocurra en una terapia intensiva en los casos que podría acontecer en su propio domicilio o en salas destinadas a estos pacientes y rodeados de sus seres queridos. Esos recursos utilizados de forma innecesaria, deberían beneficiar a otros pacientes con necesidad de mayor tecnología en relación a sus posibilidades de recuperación. El "principio de justicia", uno de los principios de la bioética, está referido a la distribución de recursos. Los cuidados paliativos ayudan a la optimización y distribución de los recursos en salud que es también, un deber ético.

Por todo ello, debatir sobre eutanasia y suicidio asistido no parece tener mucho asidero en nuestro país, puesto que en definitiva sería la única opción válida para una persona que no pueda acceder a cuidados que alivien su dolor y sufrimiento.

No obstante esto, existen situaciones en que los cuidados paliativos no bastarían. Inmediatamente, nos aparece otra vez el recuerdo de Ramón Sampredo que suplica le permitan morir y entonces, surge obligadamente la interpelación hacia nosotros mismos (qué haríamos en esa situación) y, si la sociedad posee el derecho a obligarle a vivir en contra de su voluntad.

(1) Lorda, Pablo y otros. "Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras". Puede verse en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/calidad-asistencial-256/et-ca-muerte-digna-propuesta-consenso-un-uso-13128649-temas-bi-etica-2008>

Cuenca Trabado, José Antonio. "Entorno social, Eutanasia y Suicidio Asistido: Una Propuesta Intuitiva", Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, "La Bioética y el Arte de Elegir" 2º Ed. 2014, p. 518.

Libro de comunicaciones del XI Congreso de Bioética de la ABFyC celebrado en León en octubre de 2013. Puede verse en: <http://www.asociacionbioetica.com/publicaciones-asociacion-ioetica>.

(2) "Eutanasia y Suicidio Asistido: perspectiva del Grupo de Trabajo de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC)" Publicado en Palliative Medicine, Vol. 17 Nro. 2, 2003. www.pallium.org

(3) La práctica del suicidio asistido en Oregón y la «pendiente resbaladiza» Cuadernos de Bioética [en línea] 2007, XVIII (Enero-Abril): [Fecha de consulta: 12 de noviembre de 2014] Disponible en:

ISSN 1132-1989

(4) Ver en:

<http://www.deathwithdignity.org/access-acts> (Consulta 19 de noviembre de 2014)

(5) Ibidem, nota 4

(6) Ibidem, nota 4

(7) Ibidem, nota 3

(8) Cuenca Trabado, José Antonio. "Entorno social, Eutanasia y Suicidio Asistido: Una Propuesta Intuitiva", Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, "La Bioética y el Arte de Elegir" 2° Ed. 2014, p. 518.

Libro de comunicaciones del XI Congreso de Bioética de la ABFyC celebrado en León en octubre de 2013. Puede verse en:

<http://www.asociacionbioetica.com/publicaciones-asociacion-bioetica>

(9) *Ibidem*, nota 2

(10) Gherardi, Carlos. "Vida y Muerte en Terapia Intensiva", Buenos Aires, Ed. Biblos, año 2007, p. 152

(11) *Ibidem*, nota 1, 2, 9 y 14

(12) Sádaba, Javier. "Bélgica y el Dolor", Textos de Opinión, Revista Bioética y Derecho, número 31, mayo 2014 p. 90-92 del Observatorio de Bioética y Derecho. Barcelona. Ver en:

www.bioeticayderecho.ub.edu/ticayderecho.ub.edu

(13) Ver en:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/15/actualidad/1410815176_307690.html

(14) De Simone, Gustavo. "¿Qué son la eutanasia y la muerte digna?", ver en Tripodoro, Vilma. Te voy a acompañar hasta el final. Vivir con cuidados paliativos, Ed. Capital Intelectual, Buenos Aires, 2011, p. 165

(15) *Ibidem*, nota 14

(16) *Ibidem*, nota 14

(17) Cfr. Nota 2 y 14

(18) Carta de Praga: Palliative Care - A Human Right. Puede verse en:

www.pallium.org.ar

(19) Tripodoro, Vilma. Te voy a acompañar hasta el final. Vivir con cuidados paliativos, Ed. Capital Intelectual, Buenos Aires, 2011, p. 29

(20) *Ibidem*, nota 18

(21) Lorda, Pablo y otros. "Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras". Puede verse en:

<http://zl.elsevier.es/es/revista/calidad-asistencial-25/etica-muerte-digna-propuesta-consenso-un-uso-13128649-tema-bioetica-2008>

(22) *Ibidem*, nota 21

(23) Ibidem, nota 21

(24) Ibidem, nota 21

(25) Magnante, Dinah. "Tratamientos proporcionados y desproporcionados en el estado vegetativo persistente".. Un caso de enfermedad de creutzferdt Jacob (ECJ) que evoluciona hacia un estado vegetativo permanente. Su pareja conviviente amenazó con iniciar acciones judiciales a los efectos que se le realizara al paciente una cirugía que había sido evaluada como inadecuada para su situación.(26) Ibidem, nota 21

(27) Magnante, Dinah. "Cronología de un caso de muerte digna. Permitir morir es un acto de amor".. Se narra el caso de una mujer de 82 años en estado vegetativo permanente internada en una clínica de rehabilitación. En este caso, las hijas de la paciente solicitaron el retiro de soporte vital que mantenía con vida a su madre pero, la médica directora se oponía a la petición.

(28) Ibidem, nota 25. Se comenta el Caso M. Se trata de una persona en evp, al que se le indica el corte de los tendones a la altura de la cadera para que no avance una escara en la rodilla producto de la posición fetal a la que estos pacientes llegan y posteriormente, se le indica la amputación de su pierna. Se recurrió a la justicia puesto que además, era un paciente declarado incapaz por la justicia.

(29) Magnante, Dinah. "Un dictamen esperado: caso D., M. A".

(30) Ibidem, nota 21

(31) Magnante, Dinah. "Los medios ordinarios y extraordinarios. Evolución del concepto en la moral de la doctrina católica".

(32) Juan Pablo II: Carta Encíclica Evangelium Vitae, 25 de marzo de 1995, AAS 87 (1995) y Congregación para la Doctrina de la Fe: Declaración Iura et bona sobre la eutanasia 5 de mayo de 1980.

(33) Calipari, Maurizio. "Curarse y hacerse curar: entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico", Buenos Aires, Educa, 2007 p. 219. Puede verse también en: Magnante, Dinah. "Los medios ordinarios y extraordinarios. Evolución del concepto en la moral de la doctrina católica".

(34) Ibidem, nota 30 y 32.

(35) Calipari, Maurizio. "Curarse y hacerse curar: entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico", Buenos Aires, Educa, 2007 p. 219. Puede verse también en: Magnante, Dinah. "Los medios ordinarios y extraordinarios. Evolución del concepto en la moral de la doctrina católica".. Puede leerse la metodología y los factores que deben tenerse en cuenta para la evaluación.

(36) JUAN PABLO II: Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes de un Congreso sobre tratamiento de mantenimiento vital y estado vegetativo, 20 de marzo de 2004

(37) GÓMEZ-LOBO, Alfonso: Quality of Life and Post Coma Unresponsiveness, en: AA.VV. Actas de la XI Asamblea General de la Pontificia Academia para la Vida Quality of Life and the Ethics of Health Ciudad del Vaticano, Librería Editrice, 2005

(38) Magnante, Dinah. "Tratamientos proporcionados y desproporcionados en el estado vegetativo persistente".. El tema sobre alimentación e hidratación por vías artificiales se encuentra desarrollado en esta síntesis de tesis.

(*). Abogada, Magister en Ética Biomédica, Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas (UCA).