

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 43. Segunda época. Octubre - Noviembre - Diciembre 1991
Número 222. Volumen XXIII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración

BENJAMÍN PAMPLONA

Secretaría de Dirección

LOURDES COLL
EDUARDO GARCÍA

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.ª CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como Soporte Válido. Ref.
SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268

Déposito Legal: B. 2998-61

EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

EDITORIAL	271
I ASPECTOS CIENTÍFICOS Y ASISTENCIALES DEL DOLOR Y DEL ENFERMO TERMINAL	272
I-1 Una hermosa historia sobre el dolor Jesús Flórez Beledo	273
I-2 Semiología general del dolor J. de Portugal Álvarez	283
I-3 Clínicas del dolor intolerable J. L. Madrid Arias	287
I-4 Alivio del dolor en el cáncer Organización Mundial de la Salud	291
I-5 Método para aliviar el dolor en el cáncer Organización Mundial de la Salud	297
I-6 Tratamiento del dolor en pacientes con enfermedad terminal. Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio A. M.ª Lloret Maya, L. Buisán Espeleta, M.ª A. Gutiérrez Díaz, J. Janariz Roldán y M.ª M. Velázquez Prieto	305
I-7 Atención a los enfermos terminales Xavier Gómez Batiste-Alentorn	308
I-8 Historia y evolución del movimiento Hospice en Gran Bretaña María Gasull i Vilella	309
I-9 Una alternativa en la asistencia al enfermo terminal: el sistema Hospice en Estados Unidos M.ª Pilar Núñez	314

(Continúa en página siguiente)

II**ASPECTOS ÉTICOS DEL DERECHO
A MORIR CON DIGNIDAD**

320

II-1	El encarnizamiento terapéutico y la eutanasia Manuel Cuyás, S.J.	321
II-2	Actitud del médico ante el enfermo incurable. El derecho a morir con dignidad Jordi Gol Gurina	327
II-3	La vejez y la muerte en la sociedad moderna Moisés Broggi	331
II-4	El morir cristiano Francesc Abel, S.J.	335
II-5	La libertad del enfermo desde el punto de vista teológico Karl Rahner, S.J.	343

III**LEGISLACIÓN SOBRE EUTANASIA
Y SUICIDIO ASISTIDO**

346

III-1	Informe final de la comisión estatal de los Países Bajos sobre la eutanasia Government Printing Office	347
III-2	Eutanasia activa en los Países Bajos M. A. M. de Wachter, Ph.D.	351
III-3	La eutanasia y otras decisiones médicas en lo que se refiere al fin de la vida Paul J. van der Maas, Johannes J. M. van Delden, Loes Pijnenborg y Gaspar W. N. Looman	355
III-4	El derecho a una muerte digna Cesáreo Rodríguez-Aguilera	360
III-5	Eutanasia y muerte digna Francesc Abel, S.J.	366

IV**DOCUMENTACIÓN**

368

IV-1	Posición de la Iglesia Católica ante el empleo de anestésicos con fines quirúrgicos	369
IV-2	Respuestas de Pío XII a tres cuestiones de moral médica sobre <i>reanimación</i>	375
IV-3	Declaración vaticana sobre la eutanasia	377
IV-4	Eutanasia, problema de cultura y de fe	379
IV-5	Científicos y médicos deben estar siempre al servicio de la vida	381
IV-6	Nota sobre eutanasia	382
IV-7	Dignidad y derechos de la persona humana	386
IV-8	Guías y códigos profesionales	392
IV-9	Plan de acción sobre la eutanasia y la asistencia a bien morir	395
IV-10	Estatutos de la sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos	397
IV-11	La información al paciente con cáncer	399

V**BIBLIOGRAFÍA**

403

LABOR HOSPITALARIA y el INSTITUTO BORJA DE BIOÉTICA

agradecen a los autores y a las publicaciones respectivas el permiso concedido para la publicación de los siguientes artículos:

- Una hermosa historia sobre el dolor. **Jesús Flórez Beledo**. Santander: Universidad de Santander, 1981.
- Semiología general del dolor. **J. de Portugal Álvarez**. En: **Flórez Tascón, F. J.** *Dolor*. Madrid: IDEPSA, 1987, pp. 49-56.
- Clínicas del dolor intolerable. **J. L. Madrid Arias**. En: **Flórez Tascón, F. J.** *Dolor*. Madrid: IDEPSA, 1987, pp. 238-46.
- Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra: OMS, 1987.
- Tratamiento del dolor en pacientes con enfermedad terminal. Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio. **A. M.ª Lloret Maya, L. Buisán Espeleta, M.ª A. Gutiérrez Díaz, J. Janariz Roldán, M.ª M. Velázquez Prieto**.
- Atención a los enfermos terminales. **Xavier Gómez i Batiste**. En: *El enfermo terminal y los profesionales de la salud*. Delegació de Pastoral de la Salut. Archidiócesis de Barcelona. Barcelona: Claret, 1990.
- Historia y evolución del movimiento Hospice en Gran Bretaña. **María Gasull i Vilella**.
- Una alternativa en la asistencia al enfermo terminal: El sistema Hospice en Estados Unidos. **M.ª Pilar Núñez**.
- El encarnizamiento terapéutico y la eutanasia. **Manuel Cuyàs**. *Dolentium Hominum* 1987; 2:30-41.
- Actitud del médico ante el enfermo incurable. El derecho a morir con dignidad. **Jordi Gol Gurina**. En: **Foz, M., Erill, S., Soler C.** *Terapèutica en Medicina Interna*. Barcelona: Doyma, 1983.
- La vejez y la muerte en la sociedad moderna. **Moisés Broggi**. *Folia Humanistica* 1988; 26: 419-31.
- La libertad del enfermo desde el punto de vista teológico. **Karl Rahner**. *XIII Congreso Mundial de la F.I.A.M.C.* 20-30 mayo 1974. Conferencia de clausura.
- Informe final de la Comisión Estatal de los Países Bajos sobre la eutanasia. The Hague: **Government Printing Office**, 1985.
- Active euthanasia in the Netherlands. **M. A. M. de Wachter**. *JAMA* 1989; 262: 3316-9.
- Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. **Paul J. van der Maas, Johannes J. M. van Delden, Loes Pijnenborg, Caspar W. N. Looman**. *The Lancet* 1991; 338:669-74.
- El derecho a una muerte digna. **Cesareo Rodríguez-Aguilera**. *Revista Jurídica de Catalunya* 1989; 88: 261-76.

Revista

LABOR HOSPITALARIA

Boletín de suscripción

Año 1992

Suscripción anual: cuatro números

España	Ptas. 2.500
Extranjero	
Correo ordinario	\$ 28
Correo aéreo: Europa	\$ 35
Resto países	\$ 38

Apellidos	Nombre		
Calle	Número	Piso	Puerta
Código Postal	Población	Provincia o país	
Teléfono	Profesión		

FORMA DE PAGO

(indique con una X la forma de pago que le interese)

Por Giro Postal

Por cheque nominativo adjunto N.º a favor de LABOR HOSPITALARIA

Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago)

Banco o Caja de Ahorros:

Titular de la cuenta:

C./Cte. N.º Libreta N.º

Domicilio de la sucursal:

Población: D.P.

Provincia:

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

_____ a _____ de _____ de _____
Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:

LABOR HOSPITALARIA

Hermanos de San Juan de Dios - Carretera de Esplugas s/n - 08034 BARCELONA (Tel. 203 40 00)

LABOR HOSPITALARIA

HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS
 Carretera d'Españoles, s/n - Tel. 301 40 00
 08034 BARCELONA

Barcelona, 2 de Diciembre de 1.991

Apreciados amigos:

De nuevo **LABOR HOSPITALARIA**, en colaboración con el **INSTITUTO BORJA DE BIOÉTICA**, vuelve a poner en vuestras manos un número monográfico, esta vez **"Sobre el Dolor y el Derecho a una Muerte Digna"**. No es éste un tema nuevo en nuestras páginas. Puntualmente hemos venido publicando artículos referentes al mismo y, ya en 1979, le dedicamos un número, también con carácter monográfico, titulado **"Acercamiento al Moribundo, Eutanasia, Distanasia y Muerte"**.

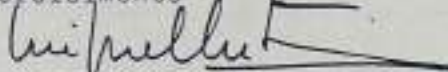
Recientemente el tema de la eutanasia ha vuelto a ocupar a la opinión pública por motivos diversos. Es un tema-Guadiana que aparece y desaparece periódicamente de la actualidad, y no tan sólo por los vaivenes de la moda impuesta por los medios de comunicación social, sino porque, en el fondo, es un problema que apasiona en cuanto afecta a los valores fundamentales del ser humano.

Nuestro número monográfico de **LABOR HOSPITALARIA** estaba proyectado desde hacía tiempo; por supuesto, con anterioridad a la última marejadilla social descrita. No hemos, pues, aprovechado la coyuntura para apuntarnos tanto alguno. Lógicamente, tampoco nos hemos vuelto atrás en nuestro propósito.

Y es que, tanto nosotros como el **INSTITUTO BORJA DE BIOÉTICA** entendemos que estos grandes temas no pueden estar a merced de las alternativas de la opinión pública, generalmente más proclive al tratamiento demagógico que a la reflexión serena y reposada. Precisamente para facilitar ésta es por lo que hemos creído oportuno la elaboración de este número.

Aquí queda el fruto de nuestro trabajo. Denso, tal vez demasiado. Pero es criterio nuestro abundar en la oferta de suficiente material, de calidad contrastada, sobre temas tan complejos como delicados. Para abordarlos superficialmente existen ya otros foros.

Cordialmente



Hno. Miguel Martín Rodrigo
 Director.-

I.

Aspectos Científicos y Asistenciales del Dolor y del Enfermo Terminal



LH

I-1

UNA HERMOSA HISTORIA SOBRE EL DOLOR*

Jesús Flórez Beledo

Apasionante relato académico de la farmacología del dolor que comienza con una vieja droga, la morfina y acaba con los elementos claves en la transmisión nerviosa del sistema de control eferente de la sensibilidad, los péptidos opiáceos, cuyo funcionamiento esclareció la electroacupuntura de baja frecuencia

INTRODUCCIÓN

Con toda seguridad, cuantos nos encontramos hoy aquí tenemos experiencia personal del dolor físico. Nuestra posición personal frente a él es probablemente muy diferente en razón de nuestra propia historia personal y de nuestra postura ante la vida y sus enigmas. Pero, en principio, todos tratamos de evitarlo. A los médicos nos enseñan, muy en el comienzo de nuestra carrera, a estimar el dolor como la gran señal de alerta que el organismo humano utiliza para avisar de su dolencia. Pero lo que el paciente desea, por encima de todo, es que el médico lo alivie o lo suprima. Parece que una enfermedad sin dolor es menos enfermedad; al menos es, ciertamente, más llevadera. De ahí el empeño permanente por eliminarlo.

Nuestra lucha contra el dolor ha recorrido, probablemente, una carrera tan vieja y tan larga como la de la propia humanidad. Está llena de éxitos y de fracasos, de mitos, de embustes y de avances reales. De la historia de esta carrera deseo exponerles hoy un trozo muy pequeño que ha transcurrido en apenas el último decenio; se trata de una historia apasionante en la que hemos participado decisivamente los farmacólogos. Este periodo de tiempo puede parecer casi instantáneo si se compara con el de la historia de la humanidad; pero ha sido tan rico en logros, tan espléndido en el descubrimiento de portentosas realidades hasta hace muy poco inimaginables, que me parece especialmente adecuado que lo comentemos en el pórtico de nuestro nuevo curso académico, para que sirva como canto a la fecunda grandeza de la inteligencia humana.

Hasta donde me sea posible, y en atención a la obligada variedad disciplinaria de la paciente audiencia, la exposición tendrá un carác-

ter general y divulgador. Quien desee profundizar en aspectos más concretos, puede consultar otras revisiones^{1, 2-10, 11}.

LAS MORFINAS DE NUESTRO SISTEMA NERVIOSO

El receptor opiáceo, o cómo nuestro cerebro discrimina a la molécula opiácea

Nuestra historia comienza con el viejo opio del que se extrae la morfina. Fue aislada por primera vez y descubierta su identidad estructural en 1803 por Serturmer. Su reconocida virtud terapéutica es su extraordinaria eficacia analgésica; sus miserias mayores son su capacidad de hacer cesar la respiración, y su capacidad de someter al ser humano a su tiranía: la farmacodependencia. A la vista de tales inconvenientes, no les puede extrañar que muchas personas se hayan dedicado a modificar esta curiosa y precisa molécula química, tratando de conseguir nuevos productos tan poderosos o más que la propia morfina pero libres de sus más importantes inconvenientes. Miles de nuevas moléculas se han sintetizado sin que se haya conseguido lo que se pretende. Pero, al menos, se han obtenido productos de extraordinaria potencia analgésica. Así, por ejemplo, si necesitamos 10 mg de morfina para aliviar un dolor de bastante intensidad, nos basta una cantidad 5.000 veces menor de etorfina para conseguir el mismo efecto, es decir, 2 µg. No deja de ser portentoso que una cantidad insignificante sea capaz de producir un efecto tan intenso. Nos da la impresión de que estos productos, para ser tan eficaces en cantidades tan exiguas, han de tener una habilidad muy especial: la de apuntar sin desviarse a sitios críticos de nuestro organismo que sean los responsables de la transmisión o de la percepción del dolor.

Otro hecho especialmente relevante es el siguiente: si en lugar de morfina obtenemos un producto que tenga su misma composición y estructura pero que sea su imagen especular en el espacio (un esteroisómero, como muchos de ustedes habrán imaginado) esta nueva molécula carece totalmente de actividad biológica (fig. 1). Es decir, la morfina dentro del organismo actúa sí, y sólo sí, mantiene una determinada estructura, y si los átomos que la componen mantienen una determinada disposición. Si cambia un poco esta disposición la actividad se pierde; lo que quiere decir que, para que la morfina actúe en el organismo, debe encontrar en él a otras moléculas con las cuales pueda interactuar. Moléculas que, a su vez, tienen una determinada disposición en el espacio y que sólo admiten o reciben a una molécula que tenga la estructura adecuada para el encaje mutuo. Esta molécula de nuestro organismo que con tanta selectividad identifica, admite y discrimina a las moléculas de derivados morfínicos

* Lección inaugural del curso académico 1981-82. Universidad de Santander, 9 de octubre de 1981.

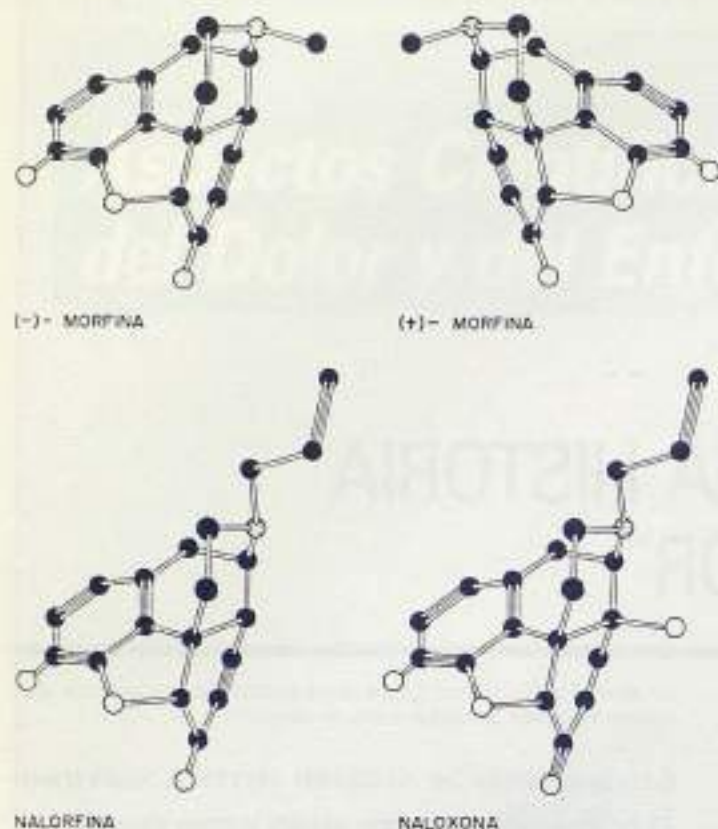


FIG. 1. Estructura molecular del isómero levo y dextro de la morfina, y de sus antagonistas naloxona y nalorfina. La forma levo es activa, mientras que el isómero especular dextro no lo es, y pequeñas modificaciones realizadas en la molécula de morfina la convierten en un antagonista.

según la estructura que posean, es denominada receptor opiáceo.

Pero aún hay más; basta una pequeña modificación en la molécula de la morfina para que la nueva molécula no sólo pierda la actividad analgésica sino que además contrarreste las acciones de la morfina. Con otras palabras, el receptor opiáceo reconoce a esta molécula nueva, la admite y se fija a ella; pero de esta unión no nace una respuesta: es una unión estéril. Ahora bien, si previamente el receptor estaba interactuando con una molécula de morfina, y fruto de esta unión era la acción analgésica, la segunda molécula ocupa el receptor desplazando a la morfina, y donde había analgesia reaparece el dolor. A esta segunda molécula llamamos antagonista opiáceo cuyos máximos representantes son la naloxona y la nalorfina (fig. 1). La existencia de fármacos antagonistas, obtenidos por pequeñas modificaciones estructurales de las moléculas originarias, refuerza y confirma el concepto del receptor farmacológico como molécula real existente en nuestras células, cuya estructura permite la interacción físico-química con esas otras estructuras moleculares que son los fármacos. La existencia de antagonistas opiáceos nos tranquiliza por cuanto suponen eficacísimos antidotos en caso de intoxicación por sobredosis de morfina u otros opiáceos.

Llegamos así a una primera conclusión: en las neuronas de nuestro sistema nervioso existen unas moléculas llamadas receptores, que aceptan de manera discriminada y específica a las moléculas morfínicas. De la interacción entre unas y otras surgen las acciones características de la morfina, entre las que destaca la analgesia. Por tanto, esos receptores, a los que llamaremos receptores opiáceos, deben estar situados precisamente en las neuronas cuya función sea la de transmitir o procesar el dolor. La morfina, al actuar sobre el receptor opiáceo, va a conseguir que la neurona que lo posee modifique su función durante un período de tiempo determinado.

Cómo se distribuyen los receptores opiáceos en nuestro sistema nervioso

Aceptada conceptualmente la existencia de estos receptores, el paso siguiente tenía que ser la demostración física de su presencia, y la determinación de su localización. No fue un paso fácil pero al fin

se pudo disponer de la técnica adecuada. Esencialmente consistió en inyectar a animales moléculas de opiáceos dotadas de alta capacidad radioactiva, para poder después detectar cuanta radioactividad se había fijado y dónde. La idea fundamental se deriva de la anterior: una molécula radioactiva de opiáceos se fijará selectivamente a una molécula de receptor; por tanto, allí donde detectemos una molécula de opiáceos a través de su señal radioactiva deberá existir un receptor. Si contamos la radioactividad total en cada región del cerebro podremos conocer la distribución de receptores opiáceos y cuantificarlos en el cerebro. Y a través de esa densidad de elementos receptores podremos colegir dónde los opiáceos puedan ejercer una acción más intensa. El problema está en que no todo sitio al que se fija un opiáceo tiene por qué ser un receptor específico; quiero decir, que de 1.000 moléculas de morfina puede que sólo un 5 ó un 10% se fijen a receptores y el resto lo haga a elementos celulares inespecíficos. Por eso fue preciso diseñar el proceso tecnológico adecuado para poder discernir entre fijación específica, propia de la unión entre la molécula opiácea y su receptor, y fijación inespecífica. Esto se consiguió en 1973 casi simultáneamente en tres laboratorios distintos, los cuales usaron moléculas opiáceas diferentes: la naloxona²⁸, la etorfina²⁹, y la dihidromorfina³¹. Se pudo determinar que el receptor opiáceo se encuentra en la membrana de las neuronas. Sucesivamente se analizó la densidad de receptores opiáceos en el sistema nervioso central y se fotografió mediante radioautografía su distribución. La primera enseñanza que se pudo obtener fue que existen abundantes receptores opiáceos en centros críticos del sistema nervioso relacionados con la transmisión del dolor; así, por ejemplo: en la sustancia gelatinosa del asta posterior de la médula, que es el sitio por donde penetran en la médula espinal los impulsos nerviosos provocados por estímulo doloroso; en la sustancia gris periacueductal y periventricular, cuya importancia después analizaremos; y en amplias zonas del llamado sistema límbico, que es un conjunto de estructuras cerebrales responsables de la expresión de algunas de nuestras emociones. También existen en abundancia en otros puntos, tanto del sistema nervioso central como periférico, pero no es posible ahora destacar su importancia (tabla I).

TABLA I
Localización y posible función de los receptores opiáceos
(modificado de Snyder²¹)

Localización	Función de los opiáceos
<i>Médula espinal</i> Láminas I y II.	Percepción del dolor corporal.
<i>Tronco cerebral</i> Sustancia gelatinosa en el tracto espinal del trigémino.	Percepción del dolor cefálico.
Núcleo del tracto solitario, núcleo comisural, núcleo ambiguo.	Reflejos vagales, depresión respiratoria, actividad antitusígena, hipotensión ortostática, inhibición de secreción gástrica.
Área postrema. Locus coeruleus.	Náuseas y vómitos. Euforia.
Habénula, núcleo interpeduncular, fasciculus retroflexus.	S. límbico: emociones, euforia.
V. cuadrigémino superior y n. ventral del c. geniculado lateral.	Miosis.
Núcleo parabraquial.	Euforia (en su relación con l. coeruleus), depresión respiratoria.
S. gris periacueductal.	Percepción del dolor.
<i>Diencefalo</i> Infundíbulo.	Secreción de hormona antidiurética, efectos hormonales.
Parte lateral del n. talámico medial, láminas talámicas externa e interna, n. intralaminares (centro-mediano), n. periventricular del tálamo.	Percepción del dolor.
<i>Telencefalo</i> Amígdala.	Efectos emocionales.
Caudado, putamen, globus pallidus, nucleus accumbens.	Rigidez motora.
Órgano subfornical.	Efectos hormonales.
N. intersticial de la stria terminalis	Efectos emocionales.

¿Qué señal detecta un receptor opiáceo? La de un neurotransmisor opiáceo

Conviene que nos detengamos un momento para reflexionar sobre la importancia de este descubrimiento. Resulta que las neuronas de nuestro sistema nervioso contienen unas moléculas dispuestas para fijar de manera específica a la morfina y demás opiáceos. Estas moléculas se encuentran, además, en la membrana de neuronas localizadas críticamente en la vía de la sensibilidad dolorosa. ¿Por qué y para qué? Veamos. La inmensa mayoría de nuestras neuronas se comunican unas con otras mediante la liberación de sustancias químicas que llamamos neurotransmisores. Quiero decir con ello que una neurona emite un determinado neurotransmisor, el cual va a actuar sobre otra neurona para estimularla o para inhibirla. Es decir, que por cada tipo de molécula neurotransmisora es lógico que pensemos encontrar un tipo de receptor específico. Pero lo que ya no es tan lógico es que encontremos receptores específicos en nuestro cerebro que sólo admitan la fijación de unas curiosas sustancias químicas que se encuentran en las plantas, como es el caso de los receptores opiáceos y de la morfina. ¿Qué *plantan* esos receptores en nuestro sistema nervioso? Como pueden comprender, esta misma pregunta nos hicimos todos. La respuesta no se hizo esperar. Si la presencia de un neurotransmisor fisiológico exige la existencia de receptores, la presencia de un receptor opiáceo parece exigir la presencia en el cerebro de un neurotransmisor que ejerza las acciones de un opiáceo. Porque no olvidemos que el receptor opiáceo es la molécula con la cual la morfina y sus congéneres se unen, y merced a la cual realizan sus funciones típicas, desde la analgesia a la parada respiratoria, desde la euforia hasta el coma.

Aquel año de 1975 el mundo científico se estremeció y vibró profundamente cuando Hughes, trabajando en el laboratorio de Kos-

terlitz, informó que había aislado y descubierto una pequeña sustancia en el cerebro de buey, que se comportaba de modo similar al de la morfina^{16, 17}. Resulta imposible ahora pararse a detallar los métodos técnicos que contribuyeron a encontrar esta sustancia; pero fue preciso una dosis elevada de imaginación, constancia y esfuerzo para conseguirlo. En realidad se trataba de dos compuestos que consistían en pequeños péptidos formados por 5 aminoácidos, diferenciados entre sí por un solo aminoácido, que fueron denominados met-enkefalina (Tyr-Gly-Gly-Phe-Met) y leu-enkefalina (Tyr-Gly-Gly-Phe-Leu). Pronto fueron aislados en cerebros de otros animales y de seres humanos, y en el líquido cefalorraquídeo. Inmediatamente se sucedieron diversos trabajos en los que se describieron las acciones que dichas encefalinas producían; y, en efecto, eran idénticas a las de los opiáceos. Como es lógico, la primera acción que destacó fue la acción analgésica que tales sustancias inducían, tanto en animales como en la especie humana². Igualmente se pudo apreciar su capacidad de modificar la presión arterial, provocar estrechamiento, catatonia, tolerancia, farmacodependencia y una serie de efectos hormonales; nuestro grupo de Santander estudió y describió por primera vez otro efecto típicamente opiáceo: la depresión de la respiración^{11, 12} (fig. 2).

Finalmente, y como prueba decisiva, se comprobó que las encefalinas desplazaban a la morfina de sus receptores específicos.

Poco más tarde se aisló en la hipófisis de camello una nueva sustancia que también poseía acciones opiáceas y fue denominada β -endorfina²². Resultó ser un péptido de 31 aminoácidos que formaba parte de otra molécula mayor de 91 aminoácidos, la hormona β -lipotropina (fig. 3). La β -endorfina fue también aislada en el cere-

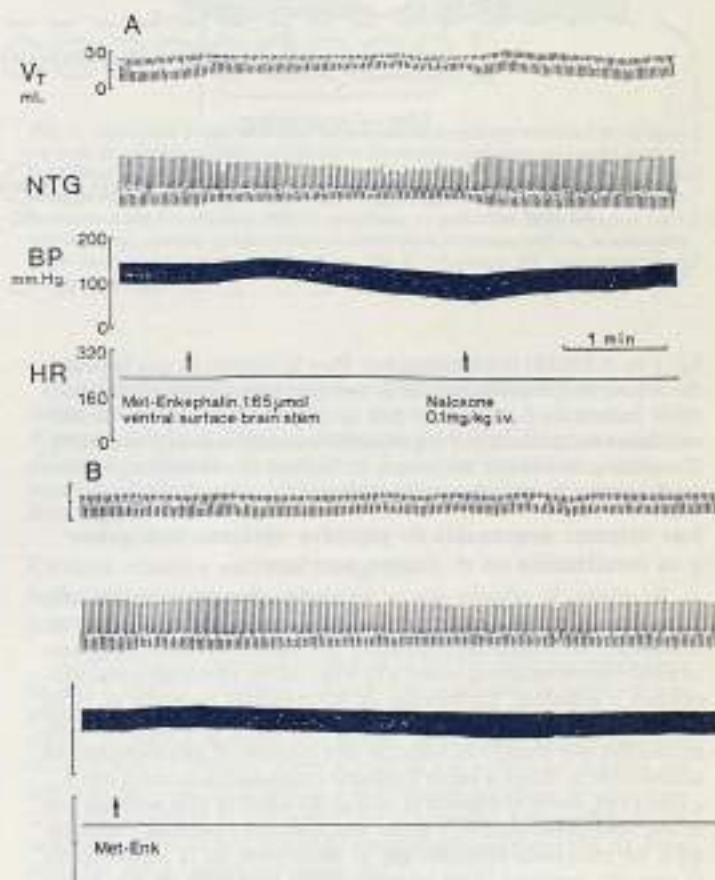


Fig. 2. El péptido endógeno opiáceo met-enkefalina, colocado en un sitio próximo al centro respiratorio, deprime la respiración de manera inmediata. El efecto es rápidamente restaurado por el antagonista opiáceo naloxona. Este resultado es idéntico al que produciría la morfina. Los registros corresponden, de arriba abajo, a la respiración (V_T y NTG), a la presión arterial (BP) y a la frecuencia cardíaca (HR). (De la referencia 17, con permiso de Elsevier/North Holland).

Molécula de β -Lipotropina bovina

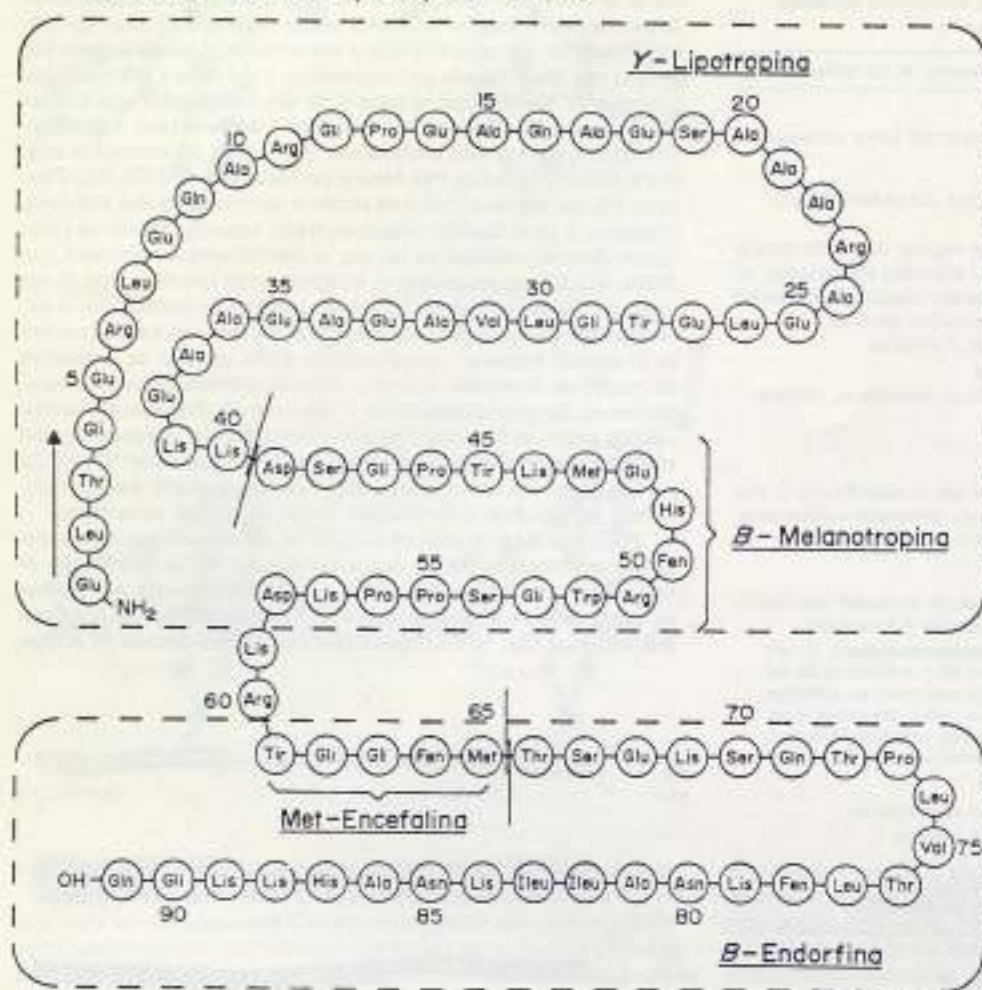


Fig. 3. Estructura de la hormona peptídica hipofisaria β -lipotropina. En ella se encuentran incluidas las secuencias de aminoácidos de los péptidos opioideos β -endorfina y met-enkefalina, así como la hormona β -melanotropina.

bro y en el líquido cefalorraquídeo. Pero lo curioso es que la pequeña cadena de 5 aminoácidos de la met-enkefalina forma el comienzo de la cadena de β -endorfina, por lo que se conjeturó que la met-enkefalina se formaría por degradación enzimática de la β -endorfina. Sin embargo no ocurre así porque la distribución de ambos péptidos en el cerebro es completamente diferente.

Los sistemas neuronales de péptidos opioideos endógenos y su localización en el sistema nervioso

En efecto, lo primero que se ha podido demostrar es que tales sustancias, que llamaremos péptidos opioideos endógenos, son sintetizadas por determinadas neuronas y permanecen en su interior, tanto en el cuerpo neuronal como a lo largo de sus prolongaciones dendríticas y axónicas. La función de los péptidos opioideos es la de contribuir a la comunicación de determinadas neuronas entre sí, de manera que cuando la neurona que contiene el péptido entra en acción (o se le obliga a entrar mediante estimulación química con K^+ o eléctrica), libera el péptido el cual actúa sobre la otra neurona con la que debe comunicarse; y actúa precisamente fijándose y activando a los receptores opioideos que se encuentran en la superficie de la neurona receptora. Esta neurona puede responder de dos maneras: o incrementando su actividad —respuesta estimuladora— o disminuyéndola —respuesta inhibitoria—. Así, pues, resulta que nuestros péptidos opioideos se convierten en elementos fundamentales del lenguaje interneuronal, pero no de todas las neuronas de nuestro cerebro sino solamente de aquellas que tienen la capacidad de sintetizarlos y liberarlos.

El conjunto de estas neuronas y de sus brazos axónicos mediante

los cuales extienden fabulosamente su área de influencia, constituyen los llamados sistemas encefalinérgicos y endorfinérgicos.

¿Cuáles son y dónde se encuentran? Si hasta aquí buena parte del trabajo corrió a cargo de los farmacólogos, la localización neural ha sido fruto del trabajo exquisito de los neurohistólogos que, merced a técnicas rigurosas de inmunohistoquímica, han llegado a detectar y fotografiar el conjunto de neuronas y vías de carácter encefalinérgico y endorfinérgico. Mediante estas técnicas, hoy sabemos que ambos sistemas tienen una localización cerebral enteramente diferente: el encefalinérgico está formado por múltiples sistemas ampliamente distribuidos por el cerebro y médula espinal, de recorrido corto; mientras que el endorfinérgico se encuentra localizado principalmente en un sistema que, al menos en la rata, nace en el núcleo arcuado del hipotálamo y termina en el locus coeruleus. Con esto queda plenamente confirmado que ambos péptidos no sólo son químicamente diferentes sino que son formados y actúan en el cerebro de manera independiente, en donde pueden desarrollar funciones diferentes según su localización.

Los péptidos opioideos no sólo se encuentran en el sistema nervioso central; también se encuentran las encefalinas en los nervios de otros tejidos, como por ejemplo los de la pared intestinal; o en las células de la médula suprarrenal que, junto con adrenalina, segregan β -endorfina y enkefalina; y en la hipófisis que sintetiza también abundante β -endorfina como antes he indicado. Es ahí, precisamente, donde también se demostró que la β -endorfina proviene de una molécula mucho más grande llamada pro-opiocortina, de la que también se origina otra hormona muy bien conocida, la corticotropina o ACTH; de manera que bien podemos decir que β -endorfina

y ACTH son hermanas aunque son muy distintas entre sí. Este origen común de la ACTH y de la β -endorfina se mantiene no sólo en las células de la hipófisis sino en neuronas localizadas en el sistema nervioso central.

LA FUNCIÓN ANALGÉSICA DE LOS PÉPTIDOS OPIÁCEOS

Hagamos un nuevo alto en nuestra historia. No sólo nuestro cerebro posee receptores opiáceos a los que se fijan esas valiosísimas moléculas de morfina y sus derivados, gracias a lo cual suprimen el dolor, sino que nuestro propio cerebro sintetiza moléculas que se comportan como la morfina, circunscribiéndolas a un conjunto de áreas y de vías nerviosas y a determinados tejidos de nuestro organismo. La pregunta lógica surge inmediatamente: ¿qué función cumplen los sistemas de opiáceos endógenos en nuestro sistema nervioso? Si tanto se parecen a la morfina y ésta destaca por su virtud analgésica, ¿no será que los sistemas opiáceos cumplen una función, por así decir, analgésica? ¿Será, acaso, posible que nuestro propio sistema nervioso no sólo sirva para vehicular la información dolorosa, transmitirla y hacerla consciente, sino que también disponga de mecanismos propios para controlarla?

La estimulación eléctrica de ciertos centros del encéfalo suprime el dolor

Antes de responder a esta impresionante cuestión, vamos por un momento a volver a 1969, año en el que se inició una curiosa línea de investigación.

Hasta entonces las manipulaciones quirúrgicas que utilizaban los neurocirujanos para eliminar el dolor habían consistido en seccionar vías nerviosas, o en electrocoagular centros nerviosos implicados en la transmisión del dolor; en definitiva, en tratar de eliminar la función de la transmisión nociceptiva. Pero en 1969 Reynolds²³ publicó un curioso trabajo en el que describió que, si estimulaba eléctricamente con electrodos el cerebro de una rata en sitios localizados de la sustancia gris próxima al acueducto de Sylvio, conseguía una analgesia tal que permitía realizar intervenciones quirúrgicas a la rata sin necesidad de anestesia. Fijense que Reynolds no lesionaba estructura nerviosa alguna sino, al contrario, la estimulaba. Es decir, que estimulando determinados nervios conseguía suprimir la transmisión del dolor. El hallazgo de Reynolds promovió una sucesión de trabajos en todo el mundo destinados, no sólo a conocer la localización de los centros nerviosos cuya estimulación pudiera inhibir el dolor y los mecanismos de los que se servían para cumplir tan hermosa misión, sino también a utilizar esta técnica en la especie humana con el fin de controlar dolores especialmente rebeldes²⁴. A lo largo de los años sucesivos se obtuvieron los siguientes resultados:

- En cuanto a la localización, son varios los sitios cuya estimulación eléctrica produce analgesia. Se encuentran a niveles distintos del sistema nervioso; destaca la sustancia gris periacueductal en el mesencéfalo, algunos puntos del hipotálamo, y algunos núcleos del bulbo raquídeo.
- La intensidad de la analgesia conseguida es similar o superior a la de la morfina. La duración alcanza un período que supera ampliamente al de la propia estimulación eléctrica.
- La estimulación eléctrica de puntos arios del neuroeje capaz de producir analgesia induce una brusca pérdida de actividad de ciertas neuronas que se encuentran en el asta posterior de la médula; precisamente de aquellas neuronas que responden con fuertes descargas cuando se produce un estímulo doloroso²⁵ (fig. 4), por lo que parece lógico pensar que la función de tales neuronas del asta posterior de la médula es precisamente la de transmitir la información dolorosa que llega desde el exterior; por eso se les llama neuronas nociceptivas. Esto parece indicar que la estimulación en la parte alta del tronco sirve para inhibir la actividad en la médula y que, gracias a ello, se consigue la analgesia.
- Se consiguió identificar algunos de los núcleos y vías descendentes a través de los cuales se ejerce esta influencia inhibidora.

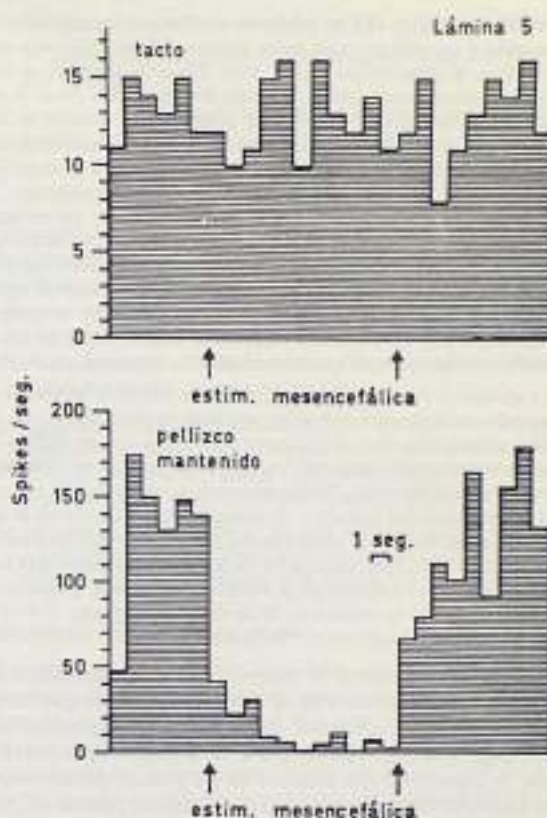


FIG. 4. Actividad bioeléctrica de neuronas nociceptivas situadas en la lámina 5 de la médula espinal. La irritación de la piel mediante un fuerte pellizco induce un fuerte incremento de la actividad de la neurona (sube de 50 a 150 impulsos/segundo). Si, manteniendo el estímulo doloroso, se estimula eléctricamente a ciertos núcleos del mesencéfalo, la actividad de la neurona nociceptiva cesa; cuando se interrumpe la estimulación mesencefálica, la respuesta de la neurona al pellizco se recupera. (De la referencia 25, con permiso de Springer Verlag).

La conclusión inicial a la que se llegó fue que era posible que el sistema nervioso dispusiera de un sistema interno, mediante el cual el propio sistema nervioso controlara la intensidad de la información dolorosa que llegaba al organismo. Y que este control se ejercía, en principio, desde determinados puntos del tronco cerebral sobre la médula espinal.

Curiosa relación entre la analgesia inducida por estímulo eléctrico y la analgesia de la morfina

Ciertos hechos hicieron sospechar la existencia de un cierto nexo de unión entre la analgesia inducida por estimulación eléctrica y la analgesia producida por la inyección de morfina. Para entendernos mejor, es preciso recordar el concepto de fármaco antagonista que inicialmente he definido como sustancia que ocupa un receptor sin activarlo pero que, al desplazar a la sustancia activante, contrarresta la acción propia de la activación de ese receptor. Antagonista de los receptores opiáceos es el producto denominado naloxona (fig. 1). Pues bien, los datos fueron los siguientes:

- En algunos de los sitios en donde la estimulación eléctrica provoca analgesia también es activa la morfina; es decir, basta colocar una cantidad mínima de morfina en esos sitios para producir intensa analgesia.
- En tales áreas existe una gran densidad de receptores opiáceos.
- Existe tolerancia cruzada entre la analgesia producida por estimulación eléctrica y la producida por morfina²⁶. Este hecho requiere

a) re una explicación. Es un fenómeno bastante bien conocido que, cuando a un enfermo con dolor crónico intenso administramos morfina, al cabo de los días la dosis diaria de morfina va resultando cada vez menos eficaz, y resulta imprescindible elevar la dosis para mantener al enfermo libre de dolor. Este fenómeno se llama tolerancia. Pero aún hay más. Si, en vista de la tolerancia desarrollada frente a la morfina, decidimos sustituirla por otro opiáceo, por ejemplo la heroína, también tendremos que suministrar más cantidad de este producto de la que hubiésemos necesitado al comienzo de la dolencia. Es decir, al tiempo que el enfermo desarrolla tolerancia a la morfina lo hace también a todos los productos de la misma familia. Ahora se comprenderá mejor el significado y la trascendencia del descubrimiento de que la analgesia producida por estimulación eléctrica es menos eficaz en los animales o en las personas que han sido hechos tolerantes a la morfina.

d) La analgesia provocada por estimulación eléctrica puede ser bloqueada parcialmente por el antagonista opiáceo naloxona. Este dato esencial fue descrito primero por Akil y col. en 1972, y posteriormente confirmado por varios investigadores en diversas especies y en el hombre¹. Evidentemente, no se les habrá escapado la importancia del hallazgo: un antagonista opiáceo evita la analgesia producida por la estimulación eléctrica de una determinada zona del tronco. Esto sucedía en 1972, cuando ni siquiera se había identificado la localización de receptores opiáceos, y mucho menos sospechado la existencia de opiáceos endógenos. Por lo que no se sabía entonces como interpretar los datos.

Pero una vez descubierta la existencia de estos péptidos en los seres vivos, era lógico relacionar la analgesia inducida por estimulación eléctrica con la actividad de sistemas que utilizaran como elementos específicos de transmisión a los péptidos opiáceos. Efectivamente, se comprobó que muchos de los puntos del neuroeje en donde la estimulación eléctrica produce analgesia poseen un contenido muy elevado en β -endorfina y encefalina. Más aún, las neuronas nociceptivas del asta posterior responden con depresión de su actividad nerviosa cuando se les aplica localmente un péptido opiáceo. Por lo que se puede afirmar que la estimulación eléctrica de tales núcleos provoca una amplia descarga y liberación de los péptidos opiáceos presentes en sus neuronas. Son ellos, por tanto, los que actúan y son los responsables de la analgesia inducida por estimulación eléctrica. Esta analgesia, pues, es de carácter opiáceo: de ahí su parecido a la de la morfina exógena, de ahí la existencia de tolerancia cruzada, y de ahí que sea antagonizada por el antagonista de la morfina, que es la naloxona. Tan es así que se ha podido demostrar en enfermos que la estimulación eléctrica inducida en su sistema nervioso para aliviar el dolor incrementa el contenido de β -endorfina en el líquido cefalorraquídeo, como demostración de la amplia liberación del contenido de péptidos; tan amplia que se escapa del tejido nervioso y se derrama en el líquido cefalorraquídeo².

Un posible sistema endógeno de control del dolor, y cómo la morfina se aprovecha de él

Con esto llegamos a plantear una clara idea: la existencia de un sistema endógeno controlante del dolor que funciona, al menos en parte, mediante transmisión por péptidos opiáceos. Este sistema endógeno controlante del dolor, de dirección descendente y de acción centrifuga, funciona de manera escalonada a través de subestaciones que se encuentran a lo largo del tronco cerebral; quiero decir con ello que no hay una comunicación directa sin solución de continuidad entre los núcleos superiores del hipotálamo o de la sustancia gris periacueductal y las astas posteriores de la médula espinal. Por el contrario, existen varios núcleos interpuestos entre ambos escalones en donde las vías descendentes hacen conexiones sinápticas sucesivas, como se puede apreciar en la figura 5. Entre ellos destacan el núcleo magnus del rafe y el núcleo paragigantocelular, ambos situados en el bulbo, que en algunas especies contienen neuronas y fibras de carácter encefalinérgico pero, en su mayoría, los elementos nerviosos contienen otro tipo de neurotransmisor, destacando la 5-hidroxitriptamina. Estos núcleos reciben información de los sistemas más superiores, y a su vez envían proyecciones descendentes hacia la médula espinal, de carácter encefalinérgico y serotoninérgico, por los cor-

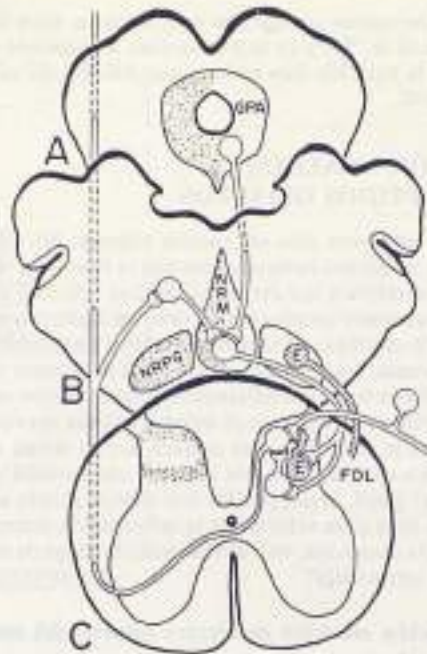


Fig. 5. Esquema de los sistemas endógenos descendentes controlantes del dolor, en tres niveles de organización. Los péptidos opiáceos endógenos (áreas punteadas) se encuentran localizados en tres niveles. A, nivel mesencefálico: La sustancia gris periacueductal (GPA) contiene somas neuronales que poseen encefalina, y recibe terminaciones de encefalina y de β -endorfina. B, nivel bulbar: existen neuronas y terminaciones de encefalina tanto en el núcleo rafe magnus (NRM) como en el núcleo reticular paragigantocelular (NRPG). Algunos de estas neuronas proyectan a la médula espinal. C, nivel medular: Existen interneuronas encefalinérgicas en las láminas superficiales del asta posterior. (De la referencia 7, con autorización de Raven Press).

dones dorsolaterales que terminan en las astas posteriores, precisamente en las láminas I, II y V que son las que contienen neuronas que responden a estímulos dolorosos. También aquí existen neuronas encefalinérgicas, de corto recorrido, que pueden servir para influir inhibitoriamente sobre la entrada de estímulos dolorosos.

Como ven, pues, el sistema descendente modulador del dolor actúa desde las porciones superiores hasta la médula a través de conexiones multineuronales, utilizando diversos elementos químicos de transmisión pero, entre ellos, destaca a varios niveles la presencia de los péptidos opiáceos. Cuando es estimulado eléctricamente, bien en su origen a nivel de la sustancia gris periacueductal, bien a lo largo de su recorrido descendente, entra en actividad y ejerce una fuerte influencia inhibitoria del dolor. Podemos, pues, proponer la existencia de un sistema descendente, endógeno, que controla de manera específica la entrada del dolor, que funciona a base de liberar en varios niveles péptidos de naturaleza opiácea. Esa morfina obtenida de plantas, que durante tantos milenios ha servido para aliviar el dolor, en realidad lo que consigue es aprovechar en alto grado y con gran intensidad unos mecanismos naturales que poseemos para controlar el dolor.

Concluiré, pues, esta segunda parte afirmando que la profundización metódica y sistemática dirigida a conocer mejor el mecanismo por el que la morfina actúa en nuestro organismo nos ha llevado no sólo a descubrir la existencia, hasta hace poco insospechada, de las morfinas endógenas, sino a vislumbrar la existencia de un sistema endógeno que sirve para controlar el dolor que sentimos, merced a una modulación ejercida sobre las vías de penetración de la sensibilidad dolorosa.

Otros usos y consumos

Como no debo desviarme del hilo de esta historia, centrada en el estudio del dolor, no puedo entrar a discutir otros aspectos rela-

cionados con los opiáceos endógenos. Pero es preciso, al menos, dejar constancia de un hecho importante anteriormente señalado: las neuronas que funcionan mediante liberación de péptidos opiáceos no se encuentran solamente en sitios relacionados con la transmisión y control del dolor, sino en otros muchos núcleos nerviosos centrales y periféricos del sistema nervioso que no guardan relación con el dolor. De ahí que puedan tener funciones distintas, de acuerdo con la especialidad de función de dichos núcleos y sistemas. Así, por ejemplo, los opiáceos endógenos parecen tener relación con el control de la actividad del centro que dirige la respiración y regula la presión arterial, con el control del movimiento voluntario e involuntario, de la afectividad y de ciertos procesos de autosatisfacción y gratificación que influyen en la conducta, de la regulación hormonal hipotálamo-hipofisaria, de la motilidad y secreción del aparato digestivo, y de otras funciones que están siendo estudiadas cada vez con más profundidad. Quede constancia, también, de que cuando se segrega adrenalina de la médula suprarrenal, también se segregan encefalinas pues se encuentran igualmente alojadas en dicha glándula; de las acciones beneficiosas y perjudiciales de la primera sabemos bastante, no así de la segunda.

EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA ENDÓGENO CONTROLANTE DEL DOLOR

El siguiente paso debe ser, naturalmente, el estudio del comportamiento de este sistema controlante del dolor. ¿Cuándo y cómo funciona? ¿Actúa de manera permanente o sólo en determinadas circunstancias? ¿Es posible estimularlo para conseguir que funcione en un grado más elevado del que normalmente funciona? ¿Actúa de igual manera o con igual intensidad en todos los individuos? ¿Será posible que, en algunos pacientes y por exceso de uso, se llegue a agotar y entonces estos enfermos se encuentren más desarmados, más sensibles frente al estímulo que origina el dolor?

Al fin y al cabo, todos tenemos experiencia de que la percepción dolorosa no es idéntica en todas las personas, ni, para una misma persona, es igual en todas las circunstancias. No duele lo mismo, por ejemplo, una herida o un golpe recibido en el curso de una competición deportiva que en plena calle cuando menos se lo esperaba. Por otra parte, existen personas que son una queja permanente mientras que otras no se quejan jamás. Existen, objetivamente hablando, personas que sienten muy poco o nada el dolor; son patológicamente insensibles.

¿Existirá una base orgánica y funcional que explique estos hechos reales y comunes? ¿Podrá estar la explicación, precisamente, en el funcionamiento de nuestro sistema endógeno controlante del dolor?

Un silogismo valioso, si el sistema funciona

Para poder responder a todas estas preguntas es preciso reconocer una dificultad inicial muy importante: es muy difícil cuantificar el dolor. El dolor es una experiencia subjetiva, difícilmente medible y comparable, tanto si hemos de comparar dolores sentidos por una misma persona como si hemos de comparar dolores sentidos por personas distintas. Si queremos analizar las variaciones en la cantidad de dolor que siente una persona, necesariamente tenemos que fiarnos de lo que ella nos dice. Así, pues, nos movemos en un terreno movedizo en el que hemos de actuar por aproximación. En la experimentación animal las dificultades son mayores pues los animales no nos pueden comunicar claramente su experiencia dolorosa, y menos aún indicarnos la intensidad; por eso tenemos que medir el dolor que les producimos por signos externos de carácter reflejo: saltos, retorcimientos, retirada de las patas, chillidos, etc. Pero estos signos son sólo reacciones reflejas del dolor que no expresan necesariamente ni su intensidad ni su tonalidad.

A pesar de estas dificultades, se ha realizado un abordaje multidisciplinario para poder conocer el grado en que el sistema endógeno controlante del dolor funciona en nuestro organismo. Una estrategia fundamental ha sido la de analizar las consecuencias de un posible bloqueo de este sistema. El método empleado y su fundamento son bien lógicos:

- El sistema controlante del dolor utiliza opiáceos endógenos.
- Existen sustancias, como la naloxona, que bloquean la acción de los opiáceos.
- Luego la utilización de la naloxona deberá bloquear el funcionamiento del sistema endógeno controlante.
- La naloxona inducirá un estado de mayor sensibilidad al dolor, lo que denominamos hiperalgnesia.

El silogismo parece perfecto siempre y cuando se cumpla una condición indispensable: que el sistema endógeno controlante esté en funcionamiento; porque si no funciona, su bloqueo no producirá nada. Esa es, precisamente, la mayor dificultad con que nos encontramos para valorar la respuesta a la naloxona. Para analizar la acción de la naloxona podemos disponer de dos tipos diferentes de respuesta tras la administración de esta sustancia:

- un aumento del grado de sensibilidad dolorosa (hiperalgnesia) obtenida en animales o en personas, bien frente a estímulos dolorosos que nosotros inducimos experimentalmente, bien frente al dolor espontáneo surgido en una situación patológica.
- El cambio en la actividad de una neurona acerca de la cual nos conste que está normalmente sometida a la acción del sistema endógeno controlante, cuando se la someta a la acción de la naloxona.

¿Naloxona?, No, gracias; duele

Jacob¹⁸ fue el primero en demostrar que la naloxona provocaba un cierto grado de hiperalgnesia en ratas y ratones; este resultado fue confirmado por otros investigadores, pero no por todos los que lo intentaron, lo que indica que, si hay una actividad tónica, permanente, de los sistemas endógenos controlantes de dolor, debe ser más bien baja. Quizá deba considerarse de forma particular el tipo de test que se realice para medir la analgesia, así como la respuesta que se valore como índice analgésico. Generalmente la naloxona no modifica el umbral de analgesia, es decir, la intensidad mínima de estímulo capaz de producir dolor; mientras que reduce la tolerancia al dolor, es decir, la capacidad de aguantar o de sufrir una determinada intensidad de dolor. Incluso es posible que en aquellos tests de dolor en los que el sujeto tenga la capacidad de escapar o de expresarse, en una palabra, de reaccionar frente al dolor, la naloxona no modifique la respuesta al dolor; mientras que cuando las condiciones del experimento no permitan al animal expresarse, la naloxona incrementa la intensidad de la respuesta. Esto significa, naturalmente, que los sistemas endógenos controlantes no entran en juego siempre que haya un estímulo doloroso sino solamente cuando se den determinadas condiciones, como puede ser una condición de stress, de angustia.

Esta misma variabilidad en la respuesta a la naloxona encontramos en la especie humana. La naloxona no incrementa la sensibilidad dolorosa cuando se la mide en forma de aumento de umbral del estímulo o estímulo mínimo capaz de producir dolor; pero, en cambio, aumenta los componentes de tensión o ansiedad que tantas veces lo acompañan^{20, 21}. De la misma manera se ha podido comprobar que, en algunos pacientes con insensibilidad marcada frente al dolor, la naloxona restablece o incrementa la sensibilidad dolorosa, lo que sugiere que la insensibilidad en esas personas es consecuencia de una influencia elevada del sistema endógeno opiáceo controlante del dolor⁶. Podríamos también pensar que, en una situación de dolor crónico, un sistema endógeno cuya función sea la de controlar la sensibilidad dolorosa habrá de actuar con mayor intensidad; en tal caso, el bloqueo de dicho sistema con naloxona induciría de manera más clara y constante la hiperalgnesia. Los resultados, en estos casos, no han sido constantes; mientras algunos autores tan prestigiosos como Lasagna²² demostraron que la naloxona incrementa el dolor crónico, otros no consiguieron ver efecto alguno. Vistos en su conjunto, todos estos resultados parecen apuntar la idea de que la existencia de un sistema controlante del dolor que funciona, en parte, a base de opiáceos endógenos es una realidad; pero que su funcionamiento no es permanente, es variable en intensidad, y su intervención puede variar en función de la cualidad e intensidad del dolor. Además, su papel puede consistir no sólo en reducir la cantidad de estímulo nociceptivo que llega a la corteza cerebral y se hace cons-

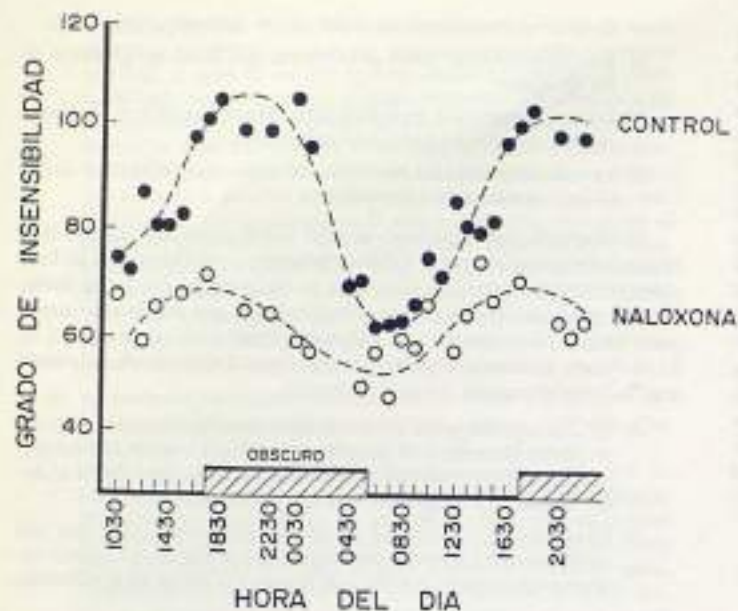


FIG. 6. Variación circadiana de la intensidad con que los ratones responden a un estímulo doloroso (sensibilidad nociceptiva) a lo largo del día. La sensibilidad es menor al final del día y mayor por la mañana. Cuando menor es la sensibilidad dolorosa, más visible es la capacidad del antagonista naloxona de aumentarla y producir hiperalgesia. Es posible que la variación circadiana en la sensibilidad dolorosa refleje las variaciones diarias en la actividad del sistema opiáceo endógeno controlante del dolor. (De la referencia 74, con permiso de la American Association for the Advancement of Science).

ciente, sino en modificar la tonalidad desagradable y angustiosa que con frecuencia resulta más importante que la propia sensación.

En el curso de estos estudios, y por la necesidad de controlar con la máxima exactitud la cantidad de estímulo capaz de producir dolor, se ha podido comprobar que la capacidad de percibir el dolor fluctúa a lo largo de las veinticuatro horas del día (fig. 6); es decir, hay horas en las que la insensibilidad frente al dolor es mayor que en otras⁷⁴. Y precisamente en las horas de mayor insensibilidad la naloxona tiene mayor capacidad de incrementar la sensibilidad dolorosa. La variación diurna o circadiana de una función orgánica no es ninguna novedad, ya que existen multitud de funciones de nuestro organismo cuyo nivel de actividad fluctúa de forma regular y constante a lo largo de las horas y los días. No nos puede extrañar, por tanto, que también la sensibilidad nociceptiva o, si se prefiere, el sistema endógeno que la regula, muestre variaciones circadianas. Lo que los últimos hallazgos parecen indicar es que estas variaciones en la sensibilidad dolorosa dependen de la actividad del sistema opiáceo endógeno que varía cíclicamente a lo largo del día. En efecto, se ha comprobado que a las horas en que la sensibilidad dolorosa de los ratones disminuye, la concentración de met-enkefalina en sus cerebros aumenta⁷⁵; este dato contribuye fuertemente a reforzar la teoría de la existencia de un sistema opiáceo controlante de la sensibilidad dolorosa.

La naloxona activa determinadas neuronas

El segundo método de analizar el papel del sistema endógeno opiáceo es el de estudiar la acción de la naloxona sobre la actividad de aquellas neuronas que están supuestamente sometidas a la acción de dicho sistema. Henry⁷⁶ analizó la acción de la naloxona en neuronas del asta posterior de la médula espinal, concretamente de las láminas I, IV, V y VI, y detectó aquellas que respondían con un aumento de actividad cuando se aplicaba un estímulo doloroso (neuronas nociceptivas). Recuerden que el asta posterior de la médula es una estación de primera categoría por donde penetran y en donde se reciben y filtran gran cantidad de estímulos externos, incluidos los dolorosos. Pudo comprobar que la administración de naloxona incrementaba la actividad de estas neuronas nociceptivas, tanto la actividad basal en carencia de estímulos como la actividad inducida precisamente cuando se aplicaba un estímulo doloroso. El antagonista, por otra parte, no modificaba la actividad de neuronas no nociceptivas. ¿Qué parece esto indicar? Si la actividad de una neurona nociceptiva aumenta cuando se le aplica una sustancia antagonista de los opiáceos, habrá que pensar que esta neurona se encuentra normalmente

sometida a la acción depresora de los opiáceos, naturalmente endógenos. Es preciso en este punto que volvamos a recordar que:

- Son precisamente algunas neuronas nociceptivas del asta posterior de la médula las que son inhibidas por la estimulación eléctrica —aquella estimulación que veíamos anteriormente que producía analgesia—, mediante la puesta en acción de un sistema que, en parte, actúa a través de sinapsis de carácter opiáceo.
- En la propia asta posterior de la médula se ha llegado a detectar la existencia de receptores opiáceos y de péptidos opiáceos.
- Las propias neuronas nociceptivas ven deprimida su actividad cuando se les aplica un péptido opiáceo.

Debemos concluir, por tanto, que existen argumentos suficientes como para aceptar la existencia de un sistema endógeno que controla la entrada de impulsos nerviosos de carácter doloroso; que dicho sistema es, en parte, de carácter opiáceo, actuando mediante liberación de péptidos de naturaleza opiácea en determinadas neuronas intercaladas en el sistema, como puede ser la met-enkefalina; y que, finalmente, influye de manera decisiva sobre las neuronas del asta posterior de la médula. Este sistema controlante parece actuar de manera diferente, o con intensidad diferente, dependiendo de cada individuo y según determinadas situaciones.

¿Cuándo entrará en juego este sistema endógeno?

Para poder contestar a esta pregunta se ha utilizado un sistema indirecto, el de medir la concentración de péptidos opiáceos en el líquido cefalorraquídeo que baña las estructuras nerviosas, con la esperanza de que si el sistema entra en acción se verá reflejado en un aumento de péptidos en dicho líquido. De hecho, cuando el sistema es estimulado eléctricamente mediante electrodos implantados en el cerebro, se aprecia un aumento de dichas sustancias en el líquido cefalorraquídeo, como ya anteriormente he indicado. A priori se puede pensar que el sistema de control actuará más cuando, teóricamente al menos, más se le exija; es decir, cuando haya dolor y este dolor permanezca de manera crónica. Diversos grupos han abordado este problema y sin que todavía tengamos una interpretación coherente de sus resultados^{77, 78}.

En un grupo de enfermos que padecían de dolor crónico por distintas causas, Terenius⁷⁹ pudo comprobar que los enfermos con dolor de causa orgánica y neurógena presentaban una concentración de péptidos opiáceos muy baja, mientras que los de causa psicógena, con fuerte tendencia a la depresión, presentaban una concentración más bien alta. Lo mismo han comprobado otros grupos en

diversos tipos de dolor crónico. Esto parece indicar que en el dolor crónico de causa orgánica existe un bajo nivel de actividad del sistema endógeno controlante, al menos el de carácter opiáceo, y que quizá la intensidad de dicho dolor dependa precisamente de esa escasa actividad controladora. Lo que no podemos saber es si tal falta de acción controlante nunca existió, o si funcionó al comienzo de la insaturación del dolor y poco a poco se fue agotando.

Otros estímulos o manipulaciones de carácter no estrictamente doloroso parecen ser capaces de activar el funcionamiento de este sistema endógeno controlante del dolor. Entre ellos destaca la estimulación stressante que es capaz de originar, tanto en animales como en el hombre, una clara situación de analgesia objetivable y cuantificable por los métodos corrientemente empleados. Esta analgesia cursa con un incremento de péptidos opiáceos en el cerebro y es, naturalmente, suprimible por la naloxona^{27, 28}.

Es también posible que otros medios capaces de aliviar el dolor, como el medicamento placebo, la hipnosis y la sugestión, se sirvan en parte de estos sistemas endógenos. Un medicamento placebo es una sustancia teóricamente inerte que, por tanto, no debería tener eficacia terapéutica. Pero cuando el placebo se utiliza en experimentos sobre analgesia, se observa que puede alcanzar una eficacia de hasta el 50 % de la conseguida por otros reconocidos fármacos analgésicos. En algunos casos, aunque no en todos, esta eficacia del placebo es suprimible con el antagonista opiáceo naloxona, lo que sugiere que la mera acción de que el médico dispense un antiálgico a su paciente (aunque sea un falso medicamento, siempre que el enfermo no sepa que lo es) induce en él un estado de confianza y de credibilidad que, dentro del sistema nervioso central, se traduce en un incremento de la actividad de los sistemas endógenos controlantes del dolor. Podríamos postular una interpretación similar para los resultados de la hipnosis y de la sugestión. Pero, en cualquier caso, es preciso avanzar y profundizar mucho más en la investigación de los mecanismos que intervienen en estas técnicas antiálgicas.

La vieja acupuntura conocía ya el secreto

En los últimos años se han desarrollado una serie de métodos de estimulación periférica merced a la cual se consigue reducir o suprimir dolores de localización profunda o de localización periférica, de intensidad variable. La principal razón de la aparición de tales métodos se ha basado en el conocimiento de que los impulsos nerviosos provocados por estimulaciones no dolorosas y dirigidos por nervios de grueso calibre, son capaces de ocluir la información dolorosa que llega a la médula espinal a partir de un foco doloroso, transportada por fibras nerviosas de pequeño calibre. La eficacia de esta analgesia inducida por estimulación periférica provocó el redescubrimiento de la vieja técnica de la acupuntura, desarrollada y sistematizada por la

medicina china. No voy a entrar en la descripción de la técnica, ni menos en los principios antropológicos y cosmológicos en que inicialmente se basó; sólo deseo llamarles la atención sobre el hecho de que la acupuntura consigue la analgesia mediante la estimulación puntiforme de determinados puntos del cuerpo, conseguida a base de introducir agujas a profundidad variable. El número de agujas permite variar cuantitativamente la intensidad del estímulo.

Una variante moderna de la técnica de la acupuntura es la electroacupuntura, que utiliza el mismo sistema de penetración profunda con agujas, pero el estímulo es provocado eléctricamente. La estimulación puede ser de alta o de baja frecuencia. Pomeranz²⁷ ha estudiado de manera especial la electroacupuntura de baja frecuencia, y ha analizado tanto la eficacia antiálgica que consigue, como la actividad bioeléctrica de neuronas nociceptivas situadas en el asta posterior de la médula. En la imposibilidad de extenderme detalladamente, les resumiré los principales hallazgos que ustedes mismos van a ser capaces de interpretar correctamente a la vista de las explicaciones expuestas anteriormente.

- La analgesia inducida por la electroacupuntura de baja frecuencia no comienza inmediatamente sino que presenta un periodo de latencia de 5-10 minutos. Tampoco cesa de forma inmediata cuando se interrumpe el estímulo, sino que tarda varios minutos en ir desapareciendo.
- La naloxona es capaz de suprimir o evitar la analgesia inducida por la electroacupuntura de baja frecuencia.
- La técnica es poco o nada eficaz en animales no dotados genéticamente de suficientes receptores opiáceos.
- En el curso de la electroacupuntura de baja frecuencia aparece un aumento en los niveles de péptidos opiáceos, tanto en el líquido cefalorraquídeo como en la sangre.
- Los métodos que incrementan la función de los sistemas serotoninérgicos centrales, es decir, la actividad de las neuronas que transmiten su información mediante la liberación de serotonina o de 5-hidroxitriptamina, tienen la capacidad de aumentar la eficacia de la analgesia⁹.
- Cuando la electroacupuntura pasa de ser de baja frecuencia a ser de alta frecuencia, se produce también analgesia pero ni es suprimible con naloxona ni se acompaña de aumento de péptidos opiáceos en los líquidos orgánicos.

Como habrán ustedes mismos deducido, la relación entre la electroacupuntura de baja frecuencia y los sistemas endógenos de péptidos opiáceos es evidente: la estimulación periférica de una determinada cualidad instaura la activación de los sistemas endógenos, los cuales incrementan la liberación de péptidos opiáceos hasta tal punto que salen a la sangre y al líquido cefalorraquídeo. Esta activación

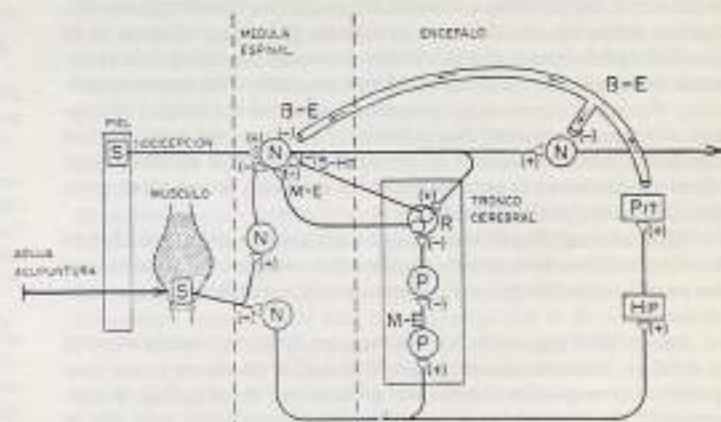


Fig. 7. Representación esquemática de la hipótesis sobre el mecanismo por el que la acupuntura utiliza los sistemas de péptidos opiáceos endógenos para producir analgesia. (Modificado de la referencia 27, con permiso de Raven Press).

B-E	B-ENDORFINA	P	NEURONA DE LA S. OÍIS
HIP	HIPOTÁLAMO	PI	PERIACUEDUCTAL
S-HT	5-HIDROXITRIPTAMINA	PII	HIPÓFISIS
M-E	MET-ENCEFALINA	R	NEURONAS DEL RAJE
N	INTERNEURONA	S	RECEPTOR SENSORIAL

requiere un cierto tiempo, lo que explica la tardanza en aparecer la analgesia; por otra parte, la presencia de péptidos en el líquido cefalorraquídeo tarda en desaparecer una vez cesado el estímulo, como es natural, y eso explica la persistencia de la analgesia después de suspendida la técnica.

¿Cuál puede ser el mecanismo por el que la estimulación periférica por electroacupuntura de baja frecuencia activa a los sistemas endógenos de péptidos opiáceos? Antes de responder a esta pregunta, permítanme que les señale un dato más: la extirpación de la hipófisis resta eficacia a la técnica, por cuanto reduce el grado y duración de analgesia conseguida.

Así las cosas, la interpretación de los hechos puede ser la siguiente, resumida en la figura 7. Las agujas estimulan con una determinada intensidad a los músculos en los que penetran, y esta estimulación es conducida al sistema nervioso central. Dentro de él, los impulsos nerviosos realizan dos funciones:

- a) Activar el sistema endógeno controlante del dolor, exclusivamente aquél que hemos analizado a lo largo de estas páginas; es decir, el que funciona mediante neuronas que contienen péptidos opiáceos, en conexión con neuronas de carácter serotoninérgico, y cuya influencia termina en las neuronas nociopépticas del asta posterior de la médula. Es el sistema endógeno descendente esquematizado anteriormente en la figura 5. Es preciso señalar en este punto la existencia de sistemas endógenos controlantes del dolor que no funcionan a base de péptidos opiáceos sino por otros mecanismos, tanto de carácter serotoninérgico como de otro carácter de neurotransmisión, que son los que intervienen, por ejemplo, en la electroacupuntura de alta frecuencia.
- b) Activar el hipotálamo y la hipófisis; en esta glándula existe gran cantidad de uno de los péptidos opiáceos, el β -endorfina. El péptido es vertido a la sangre y al líquido cefalorraquídeo; desde ese último sitio puede penetrar en el sistema nervioso central y actuar principalmente sobre las neuronas de las astas posteriores de la médula espinal.

EPILOGO:

A VOSOTROS JÓVENES UNIVERSITARIOS

Voy a terminar. Al concluir este rápido recorrido por una de las más espectaculares aventuras de nuestra moderna ciencia me siento sobrecogido por la magnitud y la fuerza del entendimiento y de la voluntad del hombre. Una vieja droga, como es la morfina, y una vieja técnica durante mucho tiempo olvidada y minusvalorada, como es la acupuntura, han servido para descubrir un mecanismo insospechado pero utilísimo, mediante el cual nuestro sistema nervioso controla la sensibilidad dolorosa. La curiosidad despertada por el peculiar comportamiento de la molécula de morfina, permitió desmascarar a sus receptores situados en el sistema nervioso como elementos sobre los que descansa el sistema de control eferente de la sensibilidad dolorosa; y dejó trillado el camino para descubrir moléculas insospechadas presentes en nuestro organismo, los péptidos opiáceos, elementos claves en la transmisión nerviosa del sistema de control eferente de la sensibilidad dolorosa. La acupuntura tuvo la virtud de mostrarnos una manera de estimular este preciso sistema, impidiendo de ese modo la penetración de los estímulos dolorosos en nuestro sistema nervioso central.

Con tal simplificadísimo resumen no quisiera haber banalizado esta maravillosa obra cincelada día a día, esfuerzo a esfuerzo, por un amplio conjunto de investigadores que siguen trabajando por todo el mundo.

Permitidme que, antes de terminar, me dirija de manera especial a vosotros, alumnos que os preparáis a iniciar un nuevo curso, y especialmente a quienes cruzáis por primera vez el umbral de la Universidad. Quisiera que, por un momento, trascendierais más allá de la anécdota de esta hermosa historia ocurrida en el último tercio del siglo XX y reflexionarais sobre la fuerza última que la ha animado. Esta fuerza no es otra que la inteligencia y el trabajo del hombre en su deseo de conocer más y mejor la realidad del mundo que nos acoge. En su desarrollo ha habido imaginación, esfuerzo, mucho trabajo, espíritu de colaboración entre profesionales de muy distintas ra-

zas y naciones, y sobre todo, un gran rigor intelectual. Tal es la razón de ser de la Universidad: la de enseñar a ejercitar la inteligencia y a utilizar el trabajo en servicio a nuestros semejantes. Mucho más que el aprendizaje de una profesión y, por supuesto, mucho más que la obtención de un título, el paso de unos años por la Universidad debe servir para dotar a nuestra vida de un estilo propio. Frente a nuestros vicios nacionales característicos, como son la inconstancia en el trabajo, la pereza y la frivolidad en la elaboración de los juicios, y la envidia hacia el que consigue algo, aprendamos a valorar la alegría del trabajo cabalmente cumplido, al servicio del pensamiento desarrollado con rigor intelectual, y siempre, siempre, en beneficio de nuestros hermanos los hombres.

Tal me gustaría que fuera la moraleja de esta hermosa historia sobre el dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. AKIL, H., MAYER, D. J. y LIEBESKIND, J. C.: *Comparison chez le rat entre l'analgesie induite par stimulation de la substance grise periaqueductale et l'analgesie morphinique*. C.R. Acad. Sci., Paris, 274: 3603-3605, 1972.
2. AKIL, H., RICHARSON, D. E., BARCHAS, J. D. y LI, C. H.: *Appearance of β -endorphinlike immunoreactivity in human ventricular cerebrospinal fluid upon analgesic electrical stimulation*. Proc. Natl. Acad. Sci., USA, 75: 5170-5172, 1978.
3. BELLUZZI, J. D., GRANI, N., GANSKY, V., WISE, C. D. y STEIN, L.: *Analgesia induced in vivo by central administration of enkephalin in rat*. Nature (Lond.), 260: 625-626, 1977.
4. BONICA, J. J.: *Pain*. Raven Press, New York, 1980.
5. CHENG, R. S. S. y POMERANZ, B.: *Monaminergic mechanisms of electroacupuncture analgesia*. Brain Res., 215: 77-92, 1981.
6. DEHEN, H., WILLER, J. C. y CAMBIER, J.: *Congenital indifference to pain and endogenous morphine-like system*. En *Advances in Pain Research*, (J. J. Bonica, ed.) Raven Press, New York, 1979, pp. 553-557.
7. FIELDS, H. L.: *An endorphin-mediated analgesia system: experimental and clinical observations*. En *Neurosecretion and Brain Peptides*, (J. B. Martin, S. Reichlin y K. L. Bick, eds.) Raven Press, New York, 1981, pp. 199-212.
8. FLOREZ, J.: *Neurofarmacología del dolor: Nuevas perspectivas*. Oncología 80, 2: 37-47, 1977.
9. FLOREZ, J.: *Sitios y mecanismos de la acción analgésica de la morfina*. Anal. Acad. Med. Cir. Valladolid, 16: 186-205, 1978.
10. FLOREZ, J.: *Papel de las endorfinas en el dolor y la analgesia*. Actas V Reunión Asoc. Esp. Farmacol., 113-123, 1980.
11. FLOREZ, J. y MEDAVILLA, A.: *Respiratory and cardiovascular effects of met-enkephalin applied to the ventral surface of the brain stem*. Brain Res., 138: 585-590, 1977.
12. FLOREZ, J., MEDAVILLA, A. y PAZOS, A.: *Differential effects on respiration of β -endorphin, D-ala²-met-enkephalinamide and met-enkephalin*. En *Characteristics and Function of Opioids*, (J. M. Van Ree y L. Terenius, eds.), Elsevier/North Holland Biomedical Press, Amsterdam, 1978, pp. 167-168.
13. FLOREZ, J., MEDAVILLA, A. y PAZOS, A.: *Respiratory effects of β -endorphin, D-ala²-met-enkephalinamide, and met-enkephalin injected into the lateral ventricle and the pontomedullary subarachnoid space*. Brain Res., 199: 197-206, 1980.
14. FREDERICKSON, R. C. A., BURGIS, V. y EDWARDS, J. D.: *Hyperalgesia induced by naloxone follows diurnal rhythm in responsivity to painful stimuli*. Science, 198: 756-758, 1977.
15. HENRY, J. L.: *Naloxone excites nociceptive units in the lumbar dorsal horn of the spinal cat*. Neuroscience, 4: 1485-1491, 1979.
16. HUGHES, J.: *Isolation of an endogenous compound from the brain with pharmacological properties similar to morphine*. Brain Res., 88: 295-308, 1975.
17. HUGHES, J., SMITH, T. W., KOSTERLITZ, H. W., FOTHERGILL, L. A., MORGAN, B. A. y MORRIS, H. R.: *Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opiate agonist activity*. Nature (Lond.), 258: 577-579, 1975.
18. JACOB, J. J., TREMBLAY, E. C. y COLOMBEL, M. C.: *Facilitation de réactions nociceptives par la naloxone chez la souris et le rat*. Psychopharmacologia, 37: 217-223, 1974.
19. LAORDEN, M. L., MIRALLES, F. y PUIG, M. M.: *Niveles de endorfinas en el LCR de pacientes con dolor agudo y crónico*. Actas Fed. Esp. Soc. Biol. Exp., 122, 1981.
20. LASAGNA, L.: *Drug interaction in the field of narcotic drugs*. Proc. R. Soc. Med., 58: 978-983, 1965.

21. LEVINE, J. D., GORDON, N. C., JONES, R. T. y FIELDS, H. L.: *The narcotic antagonist naloxone enhances clinical pain*. Nature, 272: 826-827, 1978.
22. LI, C. H. y CHUNG, D.: *Isolation and structure of an untriatkapeptide with opiate activity from camel pituitary glands*. Proc. Natl. Acad. Sci., 73: 1145-1148, 1976.
23. MADDEN, J., AKIL, H., PATRIK, R. L. y BARCHAS, J. D.: *Stress-induced parallel changes in central opioid levels and pain responses in the rat*. Nature, 265: 358-360, 1977.
24. MASER, D. J. y HAYES, R.: *Stimulation-produced analgesia: development of tolerance and cross-tolerance to morphine*. Science, 188, 943-943, 1975.
25. OLIVERAS, J. L., BESSON, J. M., GUILBALD, G. y LIEBESKIND, J. C.: *Behavioral and electrophysiological evidence of pain inhibition from mid-brain stimulation in the cat*. Exp. Brain Res., 20: 32-44, 1974.
26. PERE, C. B. y SNYDER, S. H.: *Opiate receptor: demonstration in nervous tissue*. Science, 179: 1011-1014, 1973.
27. POMERANTZ, B.: *Do endorphins mediate acupuncture analgesia?* Adv. Biochem. Psychopharmacol., 18: 351-359, 1978.
28. REYNOLDS, D. V.: *Surgery in the rat during electrical analgesia by focal brain stimulation*. Science, 164: 444-445, 1965.
29. RICHARDSON, D. E. y AKIL, H.: *Pain reduction by electrical brain stimulation in man. Part I: Acute administration in periaqueductal and periventricular sites. Part II: Chronic self-administration in the periventricular gray matter*. J. Neurosurg., 47: 179-183 y 184-189, 1977.
30. SIMON, E. J., HILLER, J. M. y EDELMAN, L.: *Stereospecific binding of the potent narcotic analgesic ³H-etorphine to rat brain homogenate*. Proc. Natl. Acad. Sci., 70: 1947-1949, 1973.
31. SNYDER, S. H.: *Peptide neurotransmitters with possible involvements in pain perception*. En Pain (J. J. Bonica, ed.), Raven Press, New York, 1980, pp. 233-243.
32. TERENIUS, L.: *Stereospecific interaction between narcotic analgesics and a synaptic plasma membrane fraction of rat cerebral cortex*. Acta Pharmacol. Toxicol., 32: 317-320, 1973.
33. TERENIUS, L.: *Endorphins in chronic pain*. En Advances in Pain Research and Therapy, vol. 3 (J. J. Bonica, J. C. Liebeskind, D. G. Albe-Fessard, eds.), Raven Press, New York, 1979, pp. 459-471.
34. VALDECASAS, F. G.: *El dolor y su modulación fisiológica y farmacológica*. Avanc. Terapéutica, 11: 168-188, 1981.
35. WESCHE, D. L. y FREDERICKSON, R. C. A.: *Diurnal differences in opioid peptide levels correlated with nociceptive sensitivity*. Life Sci., 24: 1861-1868, 1979.
36. WILLET, J. C. y ALBE-FESSARD, D.: *Electrophysiological evidence for a release of endogenous opiates in stress-induced analgesia in man*. Brain Res., 198: 419-426, 1980.

LH

I-2

SEMIOLÓGIA GENERAL DEL DOLOR*

J. de Portugal Álvarez

El dolor como fuente de información, necesita una interpretación cuidadosa basada en sus propios componentes. La cualidad, la cantidad, la localización y sus irradiaciones, el tiempo y su ritmo, la causa y las consecuencias a que pueden dar origen tienen que ser analizadas junto con la observación de la vivencia del dolor por parte del paciente para que constituya un mensaje real para el médico.

«Dolor: ladrido del perro guardián de la salud.»

En la práctica, el dolor puede presentarse según dos categorías clínicas, que el médico distingue con facilidad en el transcurso de la historia clínica:

1. Dolor como síntoma principal, único o no, del cuadro clínico, constituyendo la razón principal por la que el paciente acude al médico. Esta categoría de dolor puede encontrarse en la clínica en forma de dolor talámico, en ocasiones como dolor psicógeno y, con mayor frecuencia, en numerosos procesos patológicos, médicos o quirúrgicos.
2. Dolor como un síntoma más acompañante de otros en el marco de un cuadro clínico más o menos amplio. Esta segunda categoría del dolor es, por supuesto, la más frecuente en la clínica, ya que la mayoría de los procesos médicos y quirúrgicos son susceptibles de cursar con dolor.

La distinción de estas dos categorías del dolor clínico puede otorgar una orientación semiológica básica y condiciona la distribución de pacientes en distintas áreas de especialidad o no, para su manejo diag-

nóstico y terapéutico, pero, en cualquier caso, el clínico ante un paciente con dolor hace siempre seis preguntas concretas: ¿cómo es el dolor?, ¿qué intensidad tiene?, ¿dónde se localiza?, ¿cuándo le duele?, ¿por qué le duele? y ¿se acompaña de otros síntomas? Estas preguntas representan los seis rasgos semiológicos que han de buscarse siempre en un dolor clínico: cualidad, cantidad, localización, tiempo, casualidad y cortejo sintomático.

CUALIDAD DEL DOLOR

Su explicación es de carácter subjetivo y, por tanto, el clínico ha de lograrla mediante la descripción directa del paciente. Esta explicación ha pasado por el tamiz intelectual, cultural, afectivo e imaginativo del enfermo y llega al clínico más o menos cercana a la realidad.

La cualidad del dolor depende de dos factores: el órgano donde radica la estimulación causal y el tipo de ésta. A su vez, debe distinguirse si el dolor es epicrítico o protopático.

El dolor epicrítico es sensorialmente más fino, más vivo, más recordado en su cualidad y, en consecuencia, mejor discriminado y descrito por el paciente. El dolor protopático es un dolor sordo, de representación sensorial más grosera, que el paciente discrimina y describe con poca precisión. Si aceptamos la distinción entre dolor superficial (de estructuras cutaneomucosas) y dolor profundo (de estructuras viscerales y no viscerales como músculos, tendones, articulaciones, huesos, etc.), más útil y precisa que la de dolor visceral y somático, hay que reconocer que el dolor superficial es con frecuencia epicrítico y el profundo protopático. Después el paciente adjetivará su dolor como: *pungitivo*, cuando lo siente en forma de pinchazo (dolor pleural) o de «pañalada» (perforación gástrica), etc.; *lancinante*, que recuerda a una lanzada profunda, como sucede con algunos dolores tabéticos o en el aneurisma disecante de la aorta; *constrictivo* u opresivo (dolor anginoso), como el de los accidentes coronarios agudos; *gravativo*, pesado, implacable, cual es característico de algunas formas de jaqueca; *terebrente*, cuando el paciente describe un «dolor que le corroe», cual el de algunas osteopatías o simple-

* Flores Tascón, F. J.: *Dolor*. Madrid: IDEPSA, 1987, pp. 49-56.

21. LEVINE, J. D., GORDON, N. C., JONES, R. T. y FIELDS, H. L.: *The narcotic antagonist naloxone enhances clinical pain*. Nature, 272: 826-827, 1978.
22. LI, C. H. y CHUNG, D.: *Isolation and structure of an untriacetateptide with opiate activity from camel pituitary glands*. Proc. Natl. Acad. Sci., 73: 1145-1148, 1976.
23. MADDEN, J., AKIL, H., PATRIK, R. L. y BARCHAS, J. D.: *Stress-induced parallel changes in central opioid levels and pain responses in the rat*. Nature, 265: 358-360, 1977.
24. MASER, D. J. y HAYES, R.: *Stimulation-produced analgesia: development of tolerance and cross-tolerance to morphine*. Science, 188: 943-945, 1975.
25. OLIVERAS, J. L., BESSON, J. M., GUILBALD, G. y LIEBESKIND, J. C.: *Behavioral and electrophysiological evidence of pain inhibition from mid-brain stimulation in the cat*. Exp. Brain Res., 20: 32-44, 1974.
26. PERE, C. B. y SNYDER, S. H.: *Opiate receptor: demonstration in nervous tissue*. Science, 179: 1011-1014, 1973.
27. POMERANZ, B.: *Do endorphins mediate acupuncture analgesia?* Adv. Biochem. Psychopharmacol., 18: 351-359, 1978.
28. REYNOLDS, D. V.: *Surgery in the rat during electrical analgesia by focal brain stimulation*. Science, 164: 444-445, 1965.
29. RICHARDSON, D. E. y AKIL, H.: *Pain reduction by electrical brain stimulation in man. Part I: Acute administration in periaqueductal and periventricular sites. Part II: Chronic self-administration in the periventricular gray matter*. J. Neurosurg., 47: 179-183 y 184-189, 1977.
30. SIMON, E. J., HILLER, J. M. y EDELMAN, L.: *Stereospecific binding of the potent narcotic analgesic ³H-etorphine to rat brain homogenate*. Proc. Natl. Acad. Sci., 70: 1947-1949, 1973.
31. SNYDER, S. H.: *Peptide neurotransmitters with possible involvements in pain perception*. En Pain (J. J. Bonica, ed.), Raven Press, New York, 1980, pp. 233-243.
32. TERENIUS, L.: *Stereospecific interaction between narcotic analgesics and a synaptic plasma membrane fraction of rat cerebral cortex*. Acta Pharmacol. Toxicol., 32: 317-320, 1973.
33. TERENIUS, L.: *Endorphins in chronic pain*. En Advances in Pain Research and Therapy, vol. 3 (J. J. Bonica, J. C. Liebeskind, D. G. Albe-Fessard, eds.), Raven Press, New York, 1979, pp. 459-471.
34. VALDECASAS, F. G.: *El dolor y su modulación fisiológica y farmacológica*. Avanc. Terapéutica, 11: 168-188, 1981.
35. WESCHE, D. L. y FREDERICKSON, R. C. A.: *Diurnal differences in opioid peptide levels correlated with nociceptive sensitivity*. Life Sci., 24: 1861-1868, 1979.
36. WILLET, J. C. y ALBE-FESSARD, D.: *Electrophysiological evidence for a release of endogenous opiates in stress-induced analgesia in man*. Brain Res., 198: 419-426, 1980.

LH
I-2

SEMIOLÓGIA GENERAL DEL DOLOR*

J. de Portugal Álvarez

El dolor como fuente de información, necesita una interpretación cuidadosa basada en sus propios componentes. La cualidad, la cantidad, la localización y sus irradiaciones, el tiempo y su ritmo, la causa y las consecuencias a que pueden dar origen tienen que ser analizadas junto con la observación de la vivencia del dolor por parte del paciente para que constituya un mensaje real para el médico.

«Dolor: ladrido del perro guardián de la salud.»

En la práctica, el dolor puede presentarse según dos categorías clínicas, que el médico distingue con facilidad en el transcurso de la historia clínica:

1. Dolor como síntoma principal, único o no, del cuadro clínico, constituyendo la razón principal por la que el paciente acude al médico. Esta categoría de dolor puede encontrarse en la clínica en forma de dolor talámico, en ocasiones como dolor psicógeno y, con mayor frecuencia, en numerosos procesos patológicos, médicos o quirúrgicos.
2. Dolor como un síntoma más acompañante de otros en el marco de un cuadro clínico más o menos amplio. Esta segunda categoría del dolor es, por supuesto, la más frecuente en la clínica, ya que la mayoría de los procesos médicos y quirúrgicos son susceptibles de cursar con dolor.

La distinción de estas dos categorías del dolor clínico puede otorgar una orientación semiológica básica y condiciona la distribución de pacientes en distintas áreas de especialidad o no, para su manejo diag-

nóstico y terapéutico, pero, en cualquier caso, el clínico ante un paciente con dolor hace siempre seis preguntas concretas: ¿cómo es el dolor?, ¿qué intensidad tiene?, ¿dónde se localiza?, ¿cuándo le duele?, ¿por qué le duele? y ¿se acompaña de otros síntomas? Estas preguntas representan los seis rasgos semiológicos que han de buscarse siempre en un dolor clínico: cualidad, cantidad, localización, tiempo, casualidad y cortejo sintomático.

CUALIDAD DEL DOLOR

Su explicación es de carácter subjetivo y, por tanto, el clínico ha de lograrla mediante la descripción directa del paciente. Esta explicación ha pasado por el tamiz intelectual, cultural, afectivo e imaginativo del enfermo y llega al clínico más o menos cercana a la realidad.

La cualidad del dolor depende de dos factores: el órgano donde radica la estimulación causal y el tipo de ésta. A su vez, debe distinguirse si el dolor es epicrítico o protopático.

El dolor epicrítico es sensorialmente más fino, más vivo, más recordado en su cualidad y, en consecuencia, mejor discriminado y descrito por el paciente. El dolor protopático es un dolor sordo, de representación sensorial más grosera, que el paciente discrimina y describe con poca precisión. Si aceptamos la distinción entre dolor superficial (de estructuras cutaneomucosas) y dolor profundo (de estructuras viscerales y no viscerales como músculos, tendones, articulaciones, huesos, etc.), más útil y precisa que la de dolor visceral y somático, hay que reconocer que el dolor superficial es con frecuencia epicrítico y el profundo protopático. Después el paciente adjetivará su dolor como: *pungitivo*, cuando lo siente en forma de pinchazo (dolor pleural) o de «pañalada» (perforación gástrica), etc.; *lancinante*, que recuerda a una lanzada profunda, como sucede con algunos dolores tabéticos o en el aneurisma disecante de la aorta; *constrictivo* u opresivo (dolor anginoso), como el de los accidentes coronarios agudos; *gravativo*, pesado, implacable, cual es característico de algunas formas de jaqueca; *terebrente*, cuando el paciente describe un «dolor que le corroe», cual el de algunas osteopatías o simple-

* Flores Tascón, F. J.: *Dolor*. Madrid: IDEPSA, 1987, pp. 49-56.

mente el dolor de muelas; *urente*, como de quemadura o quemazón propio, por ejemplo, de las esofagitis agudas o de las traqueobronquitis de comienzo; *fulgurante*, cuando recuerda a la descarga eléctrica, muy frecuente en las neuralgias, en los tabéticos, etc.; *pulsátil*, presente casi siempre en las inflamaciones agudas, en algunas cefaleas, abscesos, etc. y *colico*, cuando el paciente percibe los rápidos ascensos y descensos de dolor.

Seguramente, los adjetivos cualitativos del dolor puedan ser más, pero éstos que citamos, nominados así o de forma semejante, son los más frecuentes en la clínica práctica.

CANTIDAD DE DOLOR

La valoración clínica de la intensidad del dolor es muchas veces difícil de hacer, ya que su base principal está en la apreciación subjetiva del paciente.

La cuantía del dolor depende de diversas circunstancias, tales como causa que lo produce y estructura que lo recibe, el grado de atención y el hábito doloroso del paciente, y sobre todo, el grado basal del umbral doloroso, que permite grandes variaciones de sensibilidad dolorosa de unos pacientes a otros. Los hay que resisten con cierta facilidad los dolores más intensos, incluso hay individuos que no perciben la sensación dolorosa (analgesia congénita), y en cambio otros cuya sensibilidad dolorosa es acusada ante pequeños estímulos.

Algunas circunstancias pueden modificar cuantitativamente el dolor. En el dolor hemos de distinguir, si bien convencionalmente, dos componentes:

- a) La sensación original.
- b) La reacción a la sensación original. Cada uno de estos dos componentes puede estar influido por diversas circunstancias, modificando cuantitativamente el dolor, pero es el segundo (reacción) el más vulnerable, lo cual tiene gran importancia para el clínico, ya que capta y valora el dolor del paciente a través de este segundo componente. Por supuesto, tan sólo nos ocuparemos de aquellas que influyen negativamente en el dolor, es decir, que lo disminuyen.

Circunstancias que modifican la sensación de dolor

Es difícil escribir algo sobre esta cuestión, teniendo la seguridad de que lo que se escribe es cierto y riguroso. No obstante, es posible pensar que las siguientes circunstancias pueden influir en la sensación dolorosa:

- a) El umbral basal de sensación que en determinados individuos, sin que sepamos claramente la razón, puede ser anormalmente alto.
- b) La edad quizá también tenga importancia cuando es avanzada; aunque lo más probable es que con la vejez disminuya el componente reactivo del dolor, cabe la posibilidad de que la involución de los tejidos condicione una minusvalía de los elementos periféricos de la apreciación.
- c) La anterior explicación periférica puede resultar válida para la arteriosclerosis, diabetes, shock, insuficiencia cardíaca, etc., procesos en los cuales nos parece que está disminuida la sensación dolorosa.
- d) Finalmente, es evidente que las medidas analgésicas (químicas, físicas o quirúrgicas) que actúan sobre los receptores y vías de la conducción dolorosa, son capaces de afectar la apreciación sensorial.

Circunstancias que modifican la reacción del dolor

El componente reactivo del dolor puede ser influido, persistiendo invariable la sensación dolorosa. Por ejemplo, un dolor crónico intenso puede ser influido por una lobectomía prefrontal: el paciente seguirá percibiendo la sensación dolorosa, pero ésta ya no provoca una reacción de preocupación y ansiedad como antes. La intervención ha actuado sobre el componente reactivo del dolor intimamente ligado a la porción sentimental. Otras diversas circunstancias son capaces de actuar de manera semejante:

1. La atención, cuya importancia es conocida de todos los clínicos, que incluso la manejamos en el paciente para valorar la realidad de intensidad del dolor. Es curioso citar que Kant, que padecía accesos dolorosos de gota, y Pascal, que sufría de neuralgias, refirieron en varias ocasiones que la mejor manera de librarse de sus dolores era sumergirse en el pensamiento de intrincados problemas filosóficos. Son de sobra conocidos los casos de heridas y traumatismos sufridos durante una batalla o competición deportiva, cuyo dolor no ha sido percibido hasta la terminación de la contienda, por estar la atención del contendiente puesta en la pugna e influida por el medio ambiente. Gardner et al. refieren haber logrado anestesia en el 65% de sus enfermos mentales mediante el sonido, explicando que los impulsos auditivos inhiben la vía del dolor a nivel de la sustancia reticular y la porción inferior del tálamo. El papel de la instrucción y sugestión en la percepción del dolor ha sido motivo de numerosas investigaciones en los últimos años.
2. El miedo, hasta cierto punto relacionado con la circunstancia anterior. Sin embargo, el papel del miedo en la apreciación del dolor es complejo: unas veces el miedo motivado por el desconocimiento de la causa que produce el dolor exagera considerablemente el componente reactivo de éste. Basta revelar al paciente cuál es el motivo de su dolor para que éste se amortigüe, incluso a pesar de que la causa sea grave e importante. Dundee opina que el miedo o temor al cáncer exagera el componente reactivo del dolor. Otras veces, en cambio, el miedo disminuye la percepción dolorosa (sobre todo cuando el miedo es por otro motivo distinto del que ocasiona el desconocimiento de la causa dolorosa), y aquí la explicación entra en el círculo de la atención. Es posible que en el miedo, y en general en toda situación de estrés, juegue un papel importante la hiperadrenalinemia reactiva, ya que la adrenalina se ha distinguido experimentalmente como un buen analgésico.
3. El nivel cultural o educacional del paciente, que conocemos también todos los clínicos. Según cuentan los psicólogos, y parece cierto, el condicionamiento psicológico derivado de experiencias dolorosas anteriores es capaz de ejercer una influencia considerable sobre la reacción actual. Recuérdese a este respecto el experimento de Yerofeyeva, por el cual se demostraba cómo la percepción del dolor era modificada de tal forma que un estímulo doloroso se transformaba en indoloro por la asociación con otro estímulo de vital importancia para el animal, como es la comida. Y si se quiere profundizar más en esta cuestión, revisense los trabajos experimentales de Melzack y Wall, donde sostienen la teoría del «sistema espinal del control de entrada».
4. Finalmente, otras circunstancias que modifican la reactividad del dolor son las terapéuticas, de índole psicológica (sugestión, sofronización, yoga, etc.), quirúrgica o química. En este último sentido es importante recalcar que el componente reactivo del dolor puede ser influido por sedantes, tranquilizantes y aun placebos, sustancias que actúan sobre los centros psíquicos superiores.

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR

Es una apreciación subjetiva y objetiva, es decir, el paciente señalará la localización del dolor y el clínico la comprobará objetivamente. Es necesario distinguir entre dolor local y dolor a distancia.

Dolor local

Es aquel que se produce en el lugar donde existe la estimulación causal. Se comprenderá que este dolor local es la expresión de los dolores de origen superficial (cutaneomucosos), pero también puede expresar una porción de los dolores de origen profundo. En efecto, los dolores de origen profundo se expresan de dos maneras: local, en la zona de proyección anatómica de la estructura algógena, y a distancia. La localización superficial de un dolor profundo supone la búsqueda de los llamados puntos dolorosos de la clínica tradicional. Los puntos dolorosos, de los cuales está convencionalmente plagada la superficie corporal, han de explorarse e interpretarse con suma cautela, porque tanto pueden colobar a un diagnóstico como traicionarlo. El clínico deberá huir de un error muy propio de los principiantes, cual es el alegre establecimiento del cortocircuito punto-diag-

nóstico, es decir, diagnosticar patología de una viscera porque su punto o zona de proyección anatómica sean dolorosos. La interpretación racional de un punto doloroso necesita inteligencia y cultura por parte del médico, así como su búsqueda requiere un fino quehacer clínico. Jiménez Díaz señala que un punto doloroso no tiene valor diagnóstico sino cuando:

- a) No se ha obtenido con brusquedad ni violencia y se ha reiterado con diversas intensidades de presión para poder precisar hasta qué grado es positivo.
- b) Se hace una exploración comparativa en otros puntos.
- c) Se explora después de haber palpado cuidadosamente, como un complemento de la exploración general.
- d) No origina un diagnóstico que no tenga otro apoyo, sino que confirma una sospecha razonable por la historia o un conjunto de síntomas objetivos recogidos.

Dolor a distancia

Su localización ocurre lejos del sitio donde se produce. Según el mecanismo de la producción de esta distanciaci3n, puede hablarse de dolor irradiado y dolor referido, cuya distinci3n clínic a es de suma utilidad.

Dolor irradiado. Se trata del dolor transmitido por irritaci3n de una raíz posterior o tronco nervioso a su zona de inervaci3n (neuralgia segmentaria). Es un dolor vivo, a veces fulgurante, que suele denominarse por antonomasia *neurálgico* y que se acompaña de alteraciones de la sensibilidad (anestesia, parestesias) y de la motilidad (si el nervio afecto es mixto, es decir, con fibras motoras), calambres, hiporreflexia, y otros. La significaci3n del dolor irradiado es importante y su valoraci3n semiológica resulta, con frecuencia, fácil de realizar. Sin embargo, no siempre ocurre así y la interpretaci3n clínic a de un dolor irradiado puede ser dificultosa, confundiendo con otros dolores locales o referidos. Recuérdese, por ejemplo, el dolor irradiado que produce un tumor de Pancoast, en el hombro y cara interna del brazo, a lo largo del plexo braquial al que invade, y que puede confundirse con un dolor cardiaco referido o, en general, con todas las braquialgias (dolor irradiado) que comprometen muchas veces el diagnóstico diferencial de las coronariopatías. Otro ejemplo clásico de dolor irradiado que crea compromisos diagn3sticos es el producido por la irritaci3n de los nervios intercostales por una neumonía (sobre todo en niños) y la aparici3n abdominal del dolor. También el dolor irradiado que se produce a expensas de cualquier proceso que afecte la parte central de la pleura diafragmática, invadida por el frénico, y que se percibe en hombro y cuello, y en la zona de distribuci3n cutánea de los segmentos cervicales tercero-quinto o, en general, todos los síndromes de irritaci3n del nervio frénico, que pueden dar irradiaciones que confunden el diagnóstico. De la misma manera, señala Barraquer Borda, hay que diferenciar entre una cialgia radicular (dolor irradiado) y la que podría llamarse pseudocíalica por sacroileitis (dolor referido). Otras veces, en fin, la irradiaci3n del dolor no sigue un proceder neurológico, sino que se produce por otros mecanismos; recuérdense las irradiaciones del dolor vascular y, sobre todo, la irradiaci3n del dolor de una perforaci3n gástrica en la fosa iliaca derecha, simulando una apendicitis aguda, producida por la versi3n del contenido gástrico a aquella regi3n abdominal.

Dolor referido. Es aquel que se percibe en una zona distinta de la estimulaci3n causal pero siguiendo las leyes de distribuci3n segmentaria, es decir, en una zona correspondiente a una estructura del mismo somita embrionario que la estructura alg3gena inicial. El mecanismo de este dolor referido es complejo y difícil de explicar, al contrario de lo que ocurre con el dolor irradiado. Su carácter cualitativo principal es el de tratarse de un dolor espontáneo, sordo, difuso, *en volumen*, a diferencia del dolor irradiado, que tiene carácter vivo, preciso, *lineal*.

Suros y Barraquer Borda han puntualizado un conjunto de características que pueden acompañar al dolor referido.

- a) Dolor sordo y difuso a la palpaci3n profunda, que no debe ser interpretado como testigo del asiento de la lesi3n.

- b) Sensibilidad cutánea refleja con más o menos hiperestesia, cuyo valor es grande en los dolores referidos de origen visceral (zonas de Head o dolor referido provocado).

- c) Trastornos visceromotrices y visceroviscerales, de los que se tratará al hablar del cortejo o de los acompañantes sintomáticos del dolor.

La importancia clínic a del dolor referido es extraordinaria. Su justa valoraci3n clínic a es un símbolo elemental del buen quehacer internista, pues a sus expensas se empieza el diagnóstico de la patología interna. Hace años tuvo gran predicamento, y aún debería tenerlo, un libro de un ilustre fisiólogo americano llamado Pottenger dedicado especialmente a la valoraci3n clínic a del dolor referido en la patología visceral.

Cualquier médico reconoce la importancia del dolor referido en las cardiopatías, especialmente la isquémica, en las metámeras dorsales IV a VIII, que corresponden a las que inervan el corazón, e incluso en las últimas metámeras cervicales y sobre todo en las primeras metámeras dorsales, que son las que transcurren por el lado cubital del brazo y de la mano. Asimismo, el dolor referido de las vías biliares, que puede hallarse espontáneamente o provocado, en las metámeras superiores abdominales VI a IX como por detrás, a nivel de la punta de la escápula derecha, que corresponde a las metámeras VII a IX dorsales derechas.

El dolor referido del apéndice (frecuente en apendicitis agudas), que puede recogerse mediante la hiperestesia local en las últimas metámeras dorsales del lado derecho (X, XI y XII) y, a veces, primera lumbar.

La zona de Head que corresponde al páncreas suele expresarse en forma del llamado hemiciturón hiperalgéscico de Katsch, que corresponde a los segmentos dorsales VII y VIII. El dolor referido renoureteral se encuentra en el territorio de los segmentos cutáneos dorsales X, XI y XII, y I y II lumbares.

La distinci3n entre dolor irradiado y dolor referido es de suma utilidad en la práctica clínic a, pero, sin embargo, a veces es difícil de realizar por diversas circunstancias. Incluso en un mismo dolor a distancia pueden existir ambos componentes, irradiado y referido, cual ocurre, por ejemplo, en el dolor producido por un disco intervertebral, donde existe un dolor irradiado (dolor radicular), y acompañandole, o aisladamente, otro referido motivado por el sufrimiento del nervio sinuvertebral de Luschka. Barraquer Borda habla, en la patología del disco intervertebral, de un dolor referido (discogénico) distinto del dolor radicular irradiado (neurogénico).

TIEMPO DEL DOLOR

Los datos referentes a la cronología del dolor han de ser recogidos con precisión en la historia clínic a y pueden resultar de suma importancia en la valoraci3n semiológica.

Estos datos harán referenci a a los siguientes aspectos cronológicos:

1. **Inici3n.** Si es impreciso, lento, brusco, etc. Con respecto al inicio debe preguntarse sobre dos circunstancias que analizaremos en los apartados siguientes: tiempo en que se alcanza su grado máximo y posible causa desencadenante.
2. **Duraci3n.** Se refiere tanto al tiempo que el paciente viene padeciendo el dolor (dolor crónico, agudo) como al tiempo que dura cada crisis dolorosa.
3. **Curso.** Si es progresivo (en este caso es importante conocer el tiempo de acmé) o regresivo, si evoluciona en crisis paroxísticas, si es continuo o discontinuo. En este último caso será necesario interrogar sobre la ritmicidad.
4. **Ritmicidad.** Hay que tener en cuenta la ritmicidad diaria y la anual. Recuérdese a este respecto el ritmo diario y estacional de la úlcera gastroduodenal, el ritmo nocturno de algunas afecciones intestinales, la aparici3n nocturna de cefalalgias por sinusitis, tumores, etc., el ritmo estacional de dolores de origen alérgico, adherencial, cicatrizal y otros. Dentro del estudio de la ritmicidad debemos recordar, por supuesto, los dolores relacionados con el ciclo menstrual de la mujer.

5. **Terminación.** Si es en forma de crisis (dolores de origen funcional, principalmente) o de lisis, es decir, si es lenta o paulatina, cuyo conocimiento nos puede ayudar muchas veces a la identificación de la causa e indudablemente a la localización de un dolor.

CAUSALIDAD DEL DOLOR

El conocimiento de la causa del dolor tiene un gran interés semiológico. Se debe investigar tanto sobre su producción (historia clínica) como sobre su reproducción (historia clínica y exploración).

El motivo de producción del dolor lo contará el paciente de manera espontánea y dirigido por el interrogatorio del médico. Con frecuencia el paciente establece relaciones peregrinas de causa a efecto, pero en otras ocasiones la causa productora es evidente y reconocible espontáneamente por el paciente (traumatismos, heridas, quemaduras) o ayudado por el clínico (comida en el cólico biliar o en la pancreatitis aguda, esfuerzo en la hernia discal, ejercicio en los síndromes isquémicos, etc.). Es importante que el paciente refiera las causas que reproducen su dolor, y, si está al alcance del clínico, provocarlas artificialmente. De una u otra manera puede evidenciarse, por ejemplo, que la inspiración profunda reproduce el dolor pleural; que la tos, la defecación, la maniobra de Valsalva, etc., originan el dolor radicular; el ejercicio reproduce el dolor isquémico de las extremidades, y la ingesta de vino, el dolor retrosternal en algunos linfomas o el dolor de cabeza en determinadas cefaleas vasculares.

CORTEJO SINTOMÁTICO DEL DOLOR

El dolor puede aparecer en la clínica aisladamente, como síntoma único y sin tipo alguno de acompañante sintomático. Otras veces dependerá de sus características (causalidad, localización, cualidad, cantidad) y de la personalidad (psíquica y física) del paciente, que podrá ir acompañado de un cortejo sintomático, más o menos amplio.

La actitud general del paciente puede considerarse como parte de ese cortejo sintomático. Los dolores de principal contenido epitrítico, como pueden ser los de origen superficial, se acompañan de elevada reacción defensiva por parte del paciente y escaso contenido afectivo; son, como antes hemos visto, más una sensación que un sentimiento. Recuérdese a este respecto un paciente con una fractura ósea, en el que predomina una actitud de defensa o de huida ante la maniobra del médico, pero que tiene poca afección sentimental. Por el contrario, en los dolores de mayor contenido protopático, cuales son los viscerales, el paciente tiene mayor afección sentimental; se acompañan de una actitud afectiva, más o menos intensa, de sentimiento doloroso. Recuérdese aquí al paciente con infarto de miocardio que, junto al dolor isquémico, tiene un sentimiento profundo de dolor mortal.

Por otra parte, el cortejo sintomático que puede acompañar el dolor dependerá, muy especialmente, de la estructura anatómica que padece la estimulación dolorosa. Por ejemplo, muchos dolores cutaneomucosos y, sobre todo, los de origen muscular, articular y óseo, se acompañan de impotencia funcional y/o posiciones antiálgicas; el dolor gástrico de náuseas y vómitos; el dolor de origen biliar puede acompañarse de ictericia; el pleuropulmonar, de disnea, polipnea, tos; el renoureteral de anuria, oliguria, disuria, polaquiuria, y otros.

Es obvio señalar la importancia del cortejo sintomático en este sentido para la propedéutica clínica del dolor.

Otra porción del cortejo sintomático puede estar representada por las repercusiones visceromotrices del dolor, que suelen seguir también una distribución metamérica, y se manifiestan por dos tipos de fenómenos: uno espontáneo, el de la contractura muscular, y otro provocado, el de la hiperreflexia muscular. La importancia clínica de la contractura muscular motivada por un dolor de origen abdominal es conocida de todos y no insistimos en ella. Pero también en los procesos torácicos puede tener importancia clínica, si se sabe buscar. Recuérdese, por ejemplo, la contractura de los músculos de los canales vertebrales (signo de los espinales de Ramond) en la pleuritis aguda, y la contractura del trapecio del lado afecto por tuberculosis pulmonar.

Lo mismo se podría decir de la hiperreflexia, más manifiesta y evidente en los procesos abdominales, pero también presente en los pectorales, en el trapecio, en los intercostales y en algunos procesos pleuropulmonares.

Finalmente, el cortejo sintomático de un dolor puede estar integrado por diversas repercusiones visceroviscerales que pueden ser de tres tipos: motrices, secretorias y vasculares. Las motrices, que se realizan sobre la musculatura lisa de las vísceras, pueden afectar al tono o a la peristaltis, generalmente irritando al primero e inhibiendo a la segunda. Recuérdese, por ejemplo, la hipertonia intestinal e inhibición peristáltica que acompañan a los cólicos nefrítico o biliar. Los espasmos esfinterianos por visceropatías a distancia son buenos ejemplos de estas repercusiones visceroviscerales motrices. Así, los clínicos estamos acostumbrados a ver espasmos del cardias, del píloro, del Oddi o del colon terminal (que hasta cierto punto tiene función esfinteriana) motivados por colecistitis, pancreatitis, úlcera gastroduodenal, cólico renoureteral, anexitis, etc. Las repercusiones visceroviscerales secretorias pueden acontecer tanto en la piel como en las vísceras. En la piel ocurre la llamada ehidrosis o hipersecreción sudoral en la metámera correspondiente a una víscera dolorosa, de gran valor semiológico si el clínico sabe captarla. En las vísceras pueden existir hipersecreciones reflejas a dolores viscerales; el ejemplo más claro es la sialorrea paroxística que aparece como consecuencia de úlcera gástrica, colecistitis, pancreatitis, etc., o también la hipersecreción gástrica por dolores de origen abdominal no gástricos. Las repercusiones visceroviscerales vasculares se expresan por vasodilatación (enrojecimiento) o vasoconstricción (palidez), e incluso cuando el estímulo doloroso es muy intenso y brusco, sobre un paciente de especial idiosincrasia, puede dar lugar a parada cardiovascular súbita (shock primario inhibitorio).

Estos son los rasgos semiológicos que el clínico ha de utilizar en su anamnesis y exploración ante todo síndrome doloroso. Suponen tan sólo una metódica que ha de ir respaldada por la cultura y experiencia del médico. En efecto, el manejo de esta metódica semiológica mediante la historia clínica y la exploración física, en las coordenadas imprescindibles de la cultura y de la experiencia del médico, facilita la interpretación clínica del dolor y en consecuencia su diagnóstico específico o el del cuadro en el que está incluido, para finalmente establecer una estrategia terapéutica cumpliendo uno de los primeros y más frecuentes compromisos que tiene planteados la medicina: aliviar el dolor.

LH

1-3

CLÍNICAS DEL DOLOR INTOLERABLE*

J. L. Madrid Arias

La humanidad desde su origen ha intentado liberarse en alguna manera del dolor. Hoy, vencidas muchas de las enfermedades agudas que se llevaban tantas vidas jóvenes, ha crecido el número de las enfermedades crónicas terminales, que cursan generalmente con intenso dolor. Al mismo tiempo un mejor conocimiento de la génesis de éste y de los puntos álgidos ha permitido un cierto control del dolor crónico. Pero no sólo se trata de disminuir el dolor físico, sino también el dolor psicológico y el social que acompaña al enfermo terminal. Las clínicas del dolor, mediante la integración de un equipo interdisciplinario intentan dar una respuesta a esta situación, al mismo tiempo que se erigen en centros de enseñanza y de investigación.

Una vez que se han considerado las bases neurofisiológicas, bioquímicas y psicológicas del dolor, es mi propósito describir los aspectos generales del manejo y control del paciente con dolor crónico.

A manera de introducción haremos un sucinto bosquejo de los problemas sociológicos, médicos y económicos relacionados con las situaciones de dolor crónico. La mayor parte de mi exposición estará dedicada a una detallada discusión sobre la evolución, organización y función de una Unidad para Estudio y Tratamiento del Dolor, haciendo hincapié acerca del personal, facilidades y necesidades, la manera en que el paciente es aceptado en la misma, así como las actividades docentes que este grupo puede desarrollar.

El control y tratamiento del dolor crónico representa un complejo y serio problema que requiere un completo y multidisciplinario enfoque consistente en una intensa y amplia asistencia clínica, y una difusión y enseñanza entre los profesionales de la medicina que sirvan para mejorar el cuidado y control de los pacientes con dolor crónico.

El control del dolor es una de las más viejas aspiraciones de la humanidad, pero a pesar de los grandes adelantos conseguidos en este siglo en el campo de las ciencias médicas, esta vieja aspiración sigue sin solución. Incluso la misma palabra dolor tiene un amplio y vago significado, con el cual intentamos dar explicación a una amplia variedad de fenómenos subjetivos. Estos van desde el intenso, severo y desgarrador dolor agudo propio de la incisión y manipulación quirúrgica, hasta el dolor crónico persistente y continuo de la neuralgia del trigémino, del síndrome talámico, causalgia y cuadros afines, o el dolor del cáncer avanzado o terminal.

Debemos subrayar desde el principio un concepto básico fundamental. El dolor clínico debe ser dividido en dos categorías: agudo y crónico. Las diferencias entre estos dos fenómenos clínicos son tan peculiares, tanto desde un punto de vista fisiopatológico como terapéutico, que deben ser considerados como dos entidades totalmente diferentes.

El dolor de comienzo brusco que es causado por lesión traumática o por enfermedad sistémica se denomina dolor agudo. En su forma sintomática, el dolor agudo ejerce una importante función biológica: avisa al individuo y le pone en guardia de que algo anda mal

y por lo tanto debe buscar ayuda médica. Para el médico, el dolor agudo tiene una gran utilidad como ayuda diagnóstica.

La mayor parte de los problemas asociados con el dolor agudo pueden ser controlados adecuadamente con fármacos, anestésicos inhalatorios, bloqueos nerviosos u otro tipo de tratamiento. El dolor tiende a desaparecer con el tiempo al compás del proceso de cicatrización o desaparición del estímulo nocivo irritante.

En contraste con el dolor agudo, el dolor en su forma crónica no tiene ningún valor biológico, no tiene utilidad para el paciente ni sirve a un propósito; por el contrario, actúa como un proceso maléfico, imponiendo al individuo un severo estrés emocional, físico y económico, así como a su familia y a la sociedad.

Cualquier situación dolorosa que no responde a las medidas convencionales del tratamiento y que dura seis o más meses es considerada dolor crónico.

Desde un punto de vista práctico conviene dividir el problema del dolor crónico en dos tipos: benigno y maligno. Los problemas de dolor crónico benigno son aquellos en que los síntomas del dolor están relacionados con un problema orgánico que no es progresivo y no representa una amenaza para la vida del individuo. El dolor crónico maligno es el asociado con enfermedades potencialmente terminales o fatales, siendo el ejemplo típico el dolor que acompaña a los cuadros neoplásicos.

En estos casos el dolor es una señal del deterioro progresivo de la salud del paciente. Mientras que en sus comienzos puede ser valioso para el médico desde un punto de vista diagnóstico, como indicador de un proceso metastásico, no tiene, sin embargo, ningún otro valor para el paciente. Psicológicamente, el dolor llega a ser un símbolo de sufrimiento y desesperación y, cuando el enfermo se queja, es a menudo una expresión de su miedo y desesperación así como de sus sensaciones corporales.

El control y tratamiento del dolor neoplásico en su fase avanzada es uno de los más acuciantes problemas de la sociedad moderna. Su importancia es el resultado de varios factores:

1. El valor neoplásico afecta a miles y millones de personas en el mundo entero. Además del impacto que el dolor neoplásico ejerce en el paciente desde el punto de vista psicológico, emocional, afectivo y económico, el dolor neoplásico tiene una significativa influencia sobre el paciente y su familia.
2. Por desgracia, el dolor neoplásico es inadecuadamente controlado y tratado, y por consiguiente el enfermo termina sus últimas semanas o meses en un estado de gran sufrimiento que imposibilita su calidad de vida, la cual es fundamental para estos pacientes.
3. Las modalidades terapéuticas y los fármacos con que contamos en la actualidad, cuando se emplean correctamente, son eficaces para aliviar el dolor en la mayoría de estos enfermos.

El dolor crónico, tanto benigno como maligno, ejerce un gran impacto en el entorno social del enfermo, pero hay que matizar ciertos aspectos.

Así como en el dolor crónico benigno, el dolor en algunas ocasiones llega a ser el tema central en torno al cual se organiza la vida familiar, adoptando el enfermo el papel de inválido estable, y la mujer y los hijos adoptan papeles similares como enfermeros y cuidadores y, aunque estas situaciones no son sanas ni productivas, sin embargo, en algunas ocasiones son tan estables desde un punto de vista emocional, que satisfacen plenamente a todos los familiares afectados por el problema.

* Flores Tascón, F. J. *Dolor*. Madrid: IDEPSA, 1987, pp. 238-46.

De hecho, no es raro encontrar por parte de la familia cierta oposición a rehabilitar al enfermo, ya que tal rehabilitación significaría romper la estructura y armonía familiares.

Todo lo contrario ocurre en la mayoría de las situaciones de dolor neoplásico, ya que los pacientes tienden a desarrollar problemas interpersonales con sus familiares y amigos, así como profesionales. La pérdida de capacidad para trabajar constituye un estrés emocional muy fuerte, y los pacientes sufren por su inutilidad y dependencia de los demás.

Los miembros de la familia con frecuencia se encuentran indefensos y alterados por la apariencia física y por la conducta del paciente y, a veces, reaccionan de una manera defensiva volviéndose fríos y distantes. Actitudes poco realistas de optimismo, confianza en la terapéutica y una supuesta falta de preocupación, es la tónica general que continúa hasta el estado terminal del paciente, cuando en realidad lo que se necesita es intimidad y comprensión.

Algunos enfermos con dolor severo e intratable se desesperan de tal manera, hasta el extremo de cometer suicidio. Todas estas reflexiones sobre la importancia del dolor neoplásico nos llevan a la conclusión de que el dolor neoplásico, al igual que el dolor crónico benigno, no es correctamente controlado y tratado y, por consiguiente, muchos enfermos con cáncer sufren y mueren sin encontrar alivio a su dolor.

Desde un punto de vista terapéutico y de manejo del enfermo con dolor, es importante señalar las diferencias entre dolor agudo transitorio y síndromes dolorosos crónicos.

El dolor agudo se debe en general a causas externas o internas que son deletéreas al organismo, tal y como ocurre con accidentes, trauma, causas quirúrgicas, viscerales, neurológicas, vasculares, infecciones, trastornos musculoesqueléticos, etc., que dan lugar a una estimulación nociva que irrita las terminaciones nerviosas. Estas ponen en marcha una serie de impulsos que provocan un típica respuesta o reacción contribuyente al proceso de adaptación y al restablecimiento de la homeostasis. Según los factores desencadenantes, pueden ser una o más de las siguientes:

1. Reacción local histérica en el lugar de la estimulación manifestada por signos de inflamación, dolorimiento local y la presencia de un estado de irritación local.
2. Reacción a niveles de integración segmentaria, incluyendo estructuras neurales hasta el mesencéfalo, que se manifiestan, por espasmo del músculo esquelético y liso, por hiperactividad glandular, con respuestas de tipo involuntario como enrojecimiento facial, sudación, micción, defecación y otros.
3. Reacción a niveles suprasegmentarios, incluyendo el mesencéfalo, los ganglios basales, el hipotálamo, el tálamo y la corteza cerebral, lo que se manifiesta por respuestas adaptativas altamente integradas pero todavía involuntarias, como en respuestas respiratorias, cardiovasculares y los movimientos voluntarios.
4. Reacción a niveles integrativos que envuelven la corteza cerebral, manifestada por la fenomenología de la sensación dolorosa, y respuestas complejas psicofisiológicas.

El grado y magnitud de estas respuestas depende de la intensidad, lugar y duración del estímulo y de la condición del sistema nervioso central, particularmente cerebro y área internuncial. En condiciones normales, cuanto más intenso es el estímulo mayor es la respuesta.

Las causas o mecanismos de los estados dolorosos crónicos son mucho más complejos y más difíciles de entender. Sin embargo, desde un punto de vista terapéutico es útil clasificarlos en:

1. Estímulos nocivos persistentes a nivel periférico en los cuales incluimos una serie de factores, entre ellos: alteraciones crónicas musculoesqueléticas, viscerales o neurológicas, como artritis, neoplasias, úlceras pépticas, enfermedades coronarias, hernias de disco, etc. En estos casos y con relativa frecuencia el dolor y las respuestas que lo acompañan (espasmo muscular, dolorimiento, hiperactividad simpática) están localizados a distancia del lugar de la lesión a estimulación; es lo que se denomina *dolor referido*, que en caso de deberse a enfermedad visceral tienen una distribución que se proyecta sobre dermatomas conocidos, mientras que el do-

lor referido secundario a estimulación somática profunda no sigue una distribución metamérica.

2. Respuestas reflejas persistentes, debidas a trauma o enfermedad caracterizada por hiperactividad simpática, vasoconstricción, isquemia local y acumulación de metabolitos, los cuales son a su vez punto de partida de una nueva estimulación nociva, iniciando así y perpetuando el círculo vicioso del dolor descrito por Livingston. Probablemente, éste es el mecanismo de la causalgia y otros cuadros de distrofia simpática refleja, dando lugar a una actividad espontánea y prolongada a diferentes niveles del neuroeje que afecta a una gran serie de circuitos neuronales, produciendo una afección difusa.
3. Por último, el estrés emocional activa los mecanismos psicofisiológicos que dan lugar a espasmo muscular, vasoconstricción y alteraciones viscerales, que conducen a una isquemia local histérica con activación de metabolitos que son a su vez origen y punto de partida de nuevas estimulaciones nocivas que provocan las respuestas somáticas que ya se han mencionado.

Además de estos mecanismos periféricos se encuentran las enfermedades crónicas del neuroeje, las cuales darían lugar a los cuadros de *dolor central*, incluyendo en este grupo el dolor talámico, la neuralgia del trigémino y del glossofaríngeo, la neuralgia postherpética y las crisis lancinantes de la tabes dorsal.

Otras causas frecuentes y comunes del dolor crónico y de la invalidez son los mecanismos operantes. Este proceso se inicia en ocasiones por estímulo nocivo de mediana intensidad en una región del cuerpo, lo cual se traduce por parte del individuo en actitudes de queja, lloro, manifestaciones corporales de sufrimiento, etc., así como otras respuestas voluntarias. Cuando estas respuestas se refuerzan favorablemente por reacciones de las personas que rodean al paciente, algunos de éstos desarrollan una conducta dolorosa que persiste, en tanto y en cuanto las consecuencias de esta conducta son favorables para el paciente y, eventualmente, llegan a ser independientes de la patología que originó el cuadro doloroso.

Principios básicos de control del paciente con dolor crónico

Muchas de las complicaciones yatrogénicas que se presentan en pacientes con dolor crónico pueden ser obviadas entre otras cosas con un diagnóstico correcto precoz y la instauración de una estrategia terapéutica eficaz. Estos principios básicos son conocidos y apreciados por los médicos, pero en ocasiones no se cumplen en parte, ya que no se les dedica el esfuerzo y el tiempo suficiente para obtener una detallada historia del paciente y un completo y cuidadoso examen físico.

El examen y los hallazgos de la región o zona dolorosa requiere tener en cuenta y entender los distintos mecanismos del dolor. Como ocurre con otros problemas diagnósticos, es esencial en estos casos realizar pruebas clínicas de laboratorio, así como pruebas diagnósticas especiales, como bloqueos diagnósticos o el empleo de hipnosis farmacológica para poder obtener una información adicional.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico y el mecanismo del dolor, el tratamiento debe ser planeado cuidadosamente, para lo cual es preciso tener en cuenta los siguientes puntos:

1. La causa del dolor, su localización, vía y mecanismo que lo produce, su intensidad y su probable duración.
2. La naturaleza de la enfermedad que produce ese dolor.
3. La edad del paciente, su estado físico y mental, su expectativa de vida, así como sus obligaciones respecto a su familia y a la comunidad.
4. Las modalidades terapéuticas de que se disponen.
5. Las complicaciones y los efectos que se puedan derivar como consecuencia de dicho tratamiento.

Con objeto de abordar con eficacia y científicamente el problema del dolor crónico, y a la vista de experiencias mundiales y de la nuestra propia durante los últimos 15 años, se hace necesario dentro

de la estructura sanitaria nacional el desarrollo de un Centro Multidisciplinario con la suficiente capacidad técnica para tratar no sólo el aspecto físico del dolor sino también el psicosocial, si fuere necesario.

Aun conscientes del gran avance experimentado por la ciencia en el campo de las enfermedades, en muchos casos no se han podido llegar a solucionar los dolores crónicos que sufren determinados pacientes, en especial los enfermos cancerosos terminales, lo cual hace necesario asistencial, social y humanamente, potenciar el tratamiento de estos enfermos cuya patología necesita forzosamente una gran dedicación y esfuerzo para el correcto cuidado de los mismos.

Los recientes avances sobre la investigación del dolor han sido de crucial importancia para su control y tratamiento. En la actualidad el dolor puede ser analizado mejor en términos de nocicepción, mecanismos opiáceos y no opiáceos, síndromes por desafrentización con manifestaciones centrales y periféricas y demás cuadros con alteraciones del sistema nervioso central y periférico.

Todos estos conocimientos, junto con unos métodos más científicos de selección y valoración de las intervenciones psicológicas y sociales del paciente, han creado el prerrequisito para el desarrollo de un nuevo aspecto asistencial: el estudio y tratamiento del dolor.

Debido al hecho de que no existe una sistemática y organizada enseñanza a nivel pre y posgraduado sobre el manejo de enfermos con dolor crónico, los medios y conocimientos actuales para control de estos enfermos, o no se emplean, o son aplicados incorrectamente. A ello también contribuye la progresiva tendencia a la especialización, que conduce a un enfoque tubular del problema.

Fruto de ello ha sido la aparición, creación y desarrollo en muchos centros médicos y hospitales, de manera particular en Estados Unidos, de unos servicios o clínicas para la terapia del dolor crónico.

Estas unidades especializadas ayudan a prevenir o evitar que los síndromes dolorosos crónicos se conviertan en *enfermedad dolorosa*, reduciendo el sufrimiento humano, disminuyendo el gasto médico, contribuyendo a una mejor cooperación entre investigadores básicos y clínicos, difundiendo y propagando toda nueva información sobre los mecanismos del dolor, así como sobre las diferentes modalidades terapéuticas y diagnósticas, contribuyendo en fin a un mejor conocimiento sobre el complejo problema del dolor crónico.

Insistimos en que debemos llevar al ánimo de los médicos y de las autoridades sanitarias el hecho de que el dolor crónico debe ser considerado como una enfermedad muy costosa, que necesita dedicación, tiempo y esfuerzo para el correcto cuidado de estos enfermos.

Una clínica o Unidad para el Estudio y Tratamiento del Dolor puede llenar este vacío cumpliendo en primer lugar una función asistencial, y sirviendo como centro de aprendizaje a todos aquellos médicos interesados por estos problemas. Al tener la oportunidad de ver y aprender las múltiples facetas terapéuticas que una clínica de este tipo puede ofrecer, serviría como germen para la creación y desarrollo de unidades similares, que son necesarias, y de las cuales pueden beneficiarse todos los habitantes del país.

El germen del concepto de la Clínica del Dolor surgió cuando el profesor John J. Bonica de la Universidad de Washinton, basado en su experiencia con personal militar durante la II Guerra Mundial, y con personal civil después de la guerra, al intentar tratar a estos enfermos se encontró con dos problemas:

- La información sobre problemas dolorosos se hallaba dispersa en varias revistas y no había una fuente de información o referencia.
- Las consultas tradicionales con los diversos especialistas no producían resultados satisfactorios debido al enfoque tubular propio de cada especialidad. Estos y otros hechos le condujeron a realizar un estudio sistemático de los diversos síndromes dolorosos, los cuales le sirvieron de base para escribir su voluminosa y exhaustiva obra *The Management of Pain*, publicada en 1953, y que ha llegado a ser un clásico de la medicina y un libro obligado de referencia y consulta para todo médico interesado en los problemas del dolor.

La Clínica del Dolor de la Universidad de Washington se creó en 1961, y actualmente agrupa a 22 miembros de 14 especialidades dife-

rentes. Los requisitos exigidos por Bonica para pertenecer a este grupo son:

- Interés por el problema.
- Dedicación plena.
- Conocimiento profundo de los síndromes dolorosos.
- Preparación técnica y habilidad para contribuir al diagnóstico y terapia de los problemas de dolor crónico.

Esta Clínica del Dolor ha llegado a ser el arquetipo a partir del cual la mayoría de las unidades o clínicas del dolor que hoy en día existen han tomado como modelo. Centros o unidades para tratar el dolor crónico como enfermedad se han desarrollado en todo el mundo y, según los datos del directorio mundial editado por el Comité Americano de Terapia del Dolor, hay registradas más de 200 unidades multidisciplinarias, de las que 141 corresponden a Estados Unidos.

Aunque la organización y función de una Unidad del Dolor puede variar de acuerdo con las condiciones particulares de cada institución o centro hospitalario, el concepto básico multidisciplinario es esencial para conseguir una mayor eficacia. Este esfuerzo multidisciplinario, para que pueda desarrollarse con dedicación plena su cometido, necesita de personal, espacio físico y material.

En cuanto al primer punto, el personal médico y el auxiliar deben tener una dedicación plena. Por parte del personal médico debe reunir la capacidad profesional y preparación básica para abordar esta tarea, así como poseer un conocimiento en el área especial del dolor y la destreza necesaria para el control de este tipo de enfermos. Las misiones de los médicos de la Unidad del Dolor son competencia del jefe de la misma, quien distribuirá el trabajo en sus múltiples facetas, atendiendo primordialmente a la realización de la historia clínica, exploración, ejecución de pruebas diagnósticas, control de enfermos ambulantes e ingresados, presentación de casos en sesiones clínicas, redactar tanto informes finales, como para el médico o servicio de referencia, recabar las consultas necesarias con los distintos especialistas, control y rastreo de enfermos tratados y colaboración con los familiares para poder establecer un control de tratamiento domiciliario, sobre todo en los casos de enfermos con neoplasias, ya que somos de la opinión de que el enfermo canceroso terminal debe morir en su casa con la dignidad que merece, rodeado de su familia, pero no privado del beneficio de una analgesia que evite su sufrimiento y el de los suyos.

El contar con enfermeras y auxiliares dedicadas a esta tarea permite que puedan ser entrenadas en los cuidados y observaciones de este tipo de enfermos, así como en sus respuestas a los distintos tipos de tratamiento.

En cuanto al espacio físico, esencialmente debe contar con una policlínica para enfermos ambulantes, cuartos de tratamiento y hospitalización con camas propias para admisión efectiva de enfermos. También es deseable contar con una programación de quirófanos para realizar aquellos tratamientos o técnicas, tanto quirúrgicas como paraquirúrgicas, que sean de utilidad en estos pacientes.

El material de una Unidad del Dolor debe ser el suficiente como para poder ofrecer al enfermo con dolor crónico cualquier tipo de modalidad terapéutica dentro de la misma Unidad o Centro Hospitalario. No obstante, dado que la creciente investigación sobre los mecanismos y tratamiento del dolor da como resultado el desarrollo y aparición de una nueva tecnología, para que la Unidad del Dolor cuente con todos los medios actualizados propios de su función, la incorporación en el futuro de nuevo instrumental y aparataje deberá ser tomada en consideración.

Los objetivos de esta multidisciplinaria o interdisciplinaria unidad deben incluir:

- Trabajar de una manera coordinada en equipo con objeto de proporcionar al paciente con dolor crónico un cuidado óptimo y eficaz.
- Llevar a cabo programas de enseñanza a todos los niveles para los profesionales de la sanidad.
- Establecer programas de investigación básica y clínica.

Cada individuo de la Clínica del Dolor puede y debe establecer sus propias reglas para admisión de pacientes, pero los siguientes puntos son importantes, y por lo tanto deben ser incluidos:

1. El enfermo debe ser enviado por un médico.
2. El médico que envía al enfermo debe proveer al menos un resumen de la historia clínica con las distintas pruebas diagnósticas, así como de los tratamientos seguidos.
3. El paciente debe ser incluido en una lista de espera hasta que se reciban los datos anteriormente señalados, y el paciente sea evaluado como candidato para ser admitido.

La principal razón para trabajar en una Unidad del Dolor es el estudio y tratamiento de los pacientes con dolor crónico intratable, tanto benigno como maligno. Por lo tanto, es fundamental que dentro de la estructura y organigrama de un hospital general, la Unidad del Dolor tenga su propia autonomía. A este respecto debemos recalcar que cualquier programa de tratamiento únicamente será viable si el director del mismo mantiene una actividad exclusiva, estando siempre en disposición de interrelacionarse con todo el personal médico y paramédico que constituye el equipo de trabajo. Una falta de interés por parte del director, ausencia o imposibilidad de ejercer esta función a plena dedicación, resultaría en un deterioro del funcionamiento de dicha Unidad y de su programa asistencial, docente e investigador.

El doctor Carron, director de la Clínica del Dolor de la Universidad de Virginia, ha establecido una muy bien organizada unidad multidisciplinaria haciendo hincapié en la importancia de recopilar todos los datos del paciente en un registro central y en la necesidad de establecer un seguimiento del paciente o de los pacientes por teléfono. La originalidad de esta unidad es que la mayoría de los pacientes son vistos y seguidos en forma ambulatoria mientras se lleva a cabo su evaluación con objeto de evitar la posible conducta de reforzamiento que supone la hospitalización, admitiendo a aquellos que no pueden deambular y/o que presentan problemas de adicción farmacológica. Algunas clínicas no aceptan a pacientes con farmacodependencia o a quienes están pendientes de litigación de cualquier tipo.

Aunque los bloqueos nerviosos son sólo uno de los métodos de tratamiento empleados en una Unidad del Dolor, y como la mayoría de los anestesiólogos son expertos en estas técnicas y muchos de ellos afirman que obtienen buenos resultados con las mismas, creo que es no sólo necesario sino también conveniente el describir aunque sea de forma somera, la utilidad de dichos bloqueos en el manejo de estos pacientes.

Es un hecho bien conocido y ampliamente descrito por Bonica que los bloqueos nerviosos pueden ser empleados con fines diagnósticos, pronósticos, profilácticos y terapéuticos.

Utilizado como medio diagnóstico, el bloqueo nervioso puede servir para concretar un síndrome doloroso difuso. Por otra parte, sirve para hacer una posible evaluación de la respuesta o reacción del paciente frente al alivio del dolor. Los bloqueos del sistema simpático también pueden ser muy útiles en el diagnóstico del dolor secundario a causalgia. Además, un bloqueo diferencial, bien sea intra o extradural, puede ser utilizado en casos de lumbalgia así como en cuadros disestésicos de la extremidad inferior y, a menudo, proporcionan una considerable información sobre la respuesta del paciente ante un placebo, o ante bloqueos simpáticos, sensoriales o motores. La presencia de un dolor persistente después de un bloqueo completo sugiere que el paciente presenta un dolor central, y que por lo tanto no es subsidiario de bloques periféricos.

Por lo que se refiere a la terapia de problemas de dolor crónico con bloqueos nerviosos, éstos pueden ser utilizados de distintas maneras y con diferentes grados de buenos resultados.

Los bloqueos locales son útiles en el tratamiento de los llamados síndromes miofasciales o musculoesqueléticos, cuando las zonas de gatillo o zonas *trigger* son inyectadas. Los bloqueos de nervios espinales pueden ayudar para conseguir alivio en las neuralgias de distinta localización y etiología. Debido a que la mayoría de ellos producen un bloqueo simpático, su utilidad terapéutica está demostrada en el control de las distrofias simpáticas reflejas o algodistrofias. Los

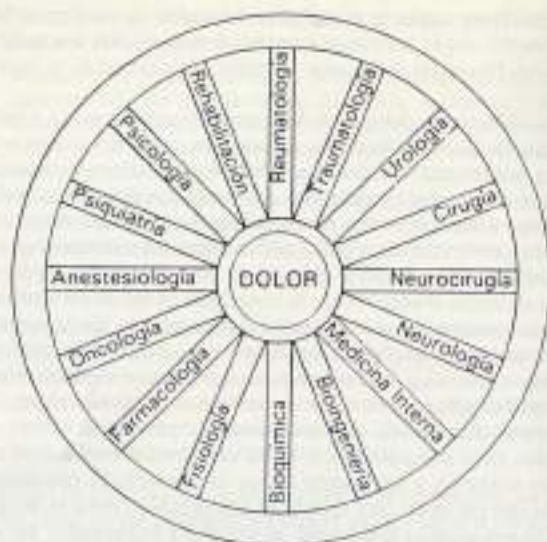


Fig. 1. Especialidades interesadas en el dolor y disposición de las mismas en Manca de rueda.

bloqueos con agentes neurotóxicos se emplean ocasionalmente en casos de dolor intratable secundario a neoplasias. Sin embargo, estos bloqueos están cargados de complicaciones muy importantes y con un bajo grado de valor terapéutico, sobre todo si se usa periféricamente.

En lo que se refiere al estudio de problemas de dolor crónico debemos desarrollar una filosofía progresiva, un abordaje holístico, el cual abarque a todas las diferentes especialidades y disciplinas que pueden contribuir y de hecho contribuyen de manera significativa al estudio y tratamiento del dolor crónico.

Por lo que se refiere a nuestra Unidad, la presencia de dos neurocirujanos del servicio de neurocirugía con interés preferente en la investigación y tratamiento del dolor, ha contribuido a incrementar el aspecto asistencial sobre todo en el grupo de enfermos con dolor crónico no debido a enfermedad neoplásica terminal, lo que ha supuesto una nueva dimensión en el desarrollo multidisciplinario de nuestra Unidad.

Simultáneamente hemos comprobado que se necesita mucho tiempo para escuchar y explorar en profundidad los detalles concernientes a la historia del paciente para poder obtener suficiente información, que una vez ensamblada nos muestre un esquema entendible del problema del paciente.

Somos conscientes de la importancia del diagnóstico psiquiátrico y de la necesidad de explorar la sintomatología del paciente con dolor crónico, en los cuales el número que presentan reacciones depresivas parece ser bastante frecuente. Esto hace imprescindible el contar con el concurso de una psiquiatría de enlace, cuya dirección esté a cargo de los especialistas en psiquiatría interesados en la investigación de los mecanismos del dolor. El contar en nuestra institución con ello nos permite una adecuada selección de aquellos casos de dolor crónico benigno que pueden beneficiarse con las diferentes modalidades terapéuticas.

Este apoyo diagnóstico y terapéutico con el Servicio de Psiquiatría funciona en dos direcciones, ya que en ocasiones los tests diagnósticos conjuntos son útiles tanto para enfermos puramente psiquiátricos como para pacientes con dolor crónico.

Fruto de la experiencia acumulada en estos tres últimos años, no es de extrañar que los parámetros de actividad de cada miembro participante se hagan más estructurados. Esto sólo es posible a través de la mutua cooperación y la unificación de los esfuerzos de todos los miembros del equipo.

Nos encontramos todavía en la periferia de un problema común. Esquemáticamente las especialidades interesadas deben ser vistas o

contempladas como puntos seleccionados en la llanta de una rueda, cada una de ellas dirigiendo su pensamiento y energía centripetamente. Al aproximarse todas ellas hacia el centro de la rueda, cada vez están más y más cercanas y esperemos que eventualmente alcancen el centro de la rueda (fig. 1).

Todos los médicos deben saber con claridad que las situaciones de dolor crónico indican una situación fácilmente reconocible, pero al mismo tiempo una seria enfermedad, que sólo podrá ser curada con el esfuerzo coordinado de un equipo de médicos de diferentes especialidades y empleando todas las posibles alternativas, variaciones y combinaciones de modalidades de tratamiento.

Estas son sin duda reflexiones somáticas, pero no debemos olvidar que el paciente con una grave enfermedad, tal y como es el dolor crónico, también sufre alteraciones psíquicas. De la misma manera que el dolor crónico conduce a un trastorno psíquico, una enfermedad psíquica o situaciones de depresión también pueden producir dolor.

Por medio de una cooperación interdisciplinaria, todas las posi-

bles alternativas terapéuticas deben ser extensamente probadas en orden a tratar los diferentes y complicados tipos de dolor.

El control del dolor neoplásico exige el más alto nivel de un juicio y científico control médico. A pesar de haber discutido en este curso los aspectos farmacocinéticos de los opiáceos, debemos recordar y tener presente que parte del sufrimiento de nuestros pacientes nunca podrá ser erradicado, aunque nuestra actuación terapéutica haya sido eficaz en aliviar la agonía física del paciente, ya que permanece como soterrado un sufrimiento profundo: la debilidad y la progresiva pérdida del control y de las facultades físicas e intelectuales, la desfiguración y la soledad, el miedo y los remordimientos.

Nuestros pacientes esperan que seamos más que científicos. Nos invitan a acompañarlos en esta difícil etapa de su viaje. No esperan, por supuesto, que tengamos todas las respuestas. Lo que realmente desean es un médico que se ocupe de ellos, alguien que esté dispuesto a escuchar, y en ocasiones a compartir su sufrimiento. El paciente, sin hablar, nos está gritando: ¡Vigila conmigo!, ¡ayúdame a morir sin dolor!, pero al mismo tiempo: ¡ayúdame a vivir hasta que muera!

LH

1-4

ALIVIO DEL DOLOR EN EL CÁNCER

Organización Mundial de la Salud

Ginebra, 1987

La mitad e incluso las tres cuartas partes de los enfermos de cáncer sufren de dolor como síntoma principal y este dolor no llega a ser bien controlado, en parte por la restricción de fármacos y en parte por falta de técnica en la administración de éstos. Pero además hay que tener en cuenta el dolor total. Al estímulo físico no sólo se asocian los factores psicológicos, espirituales, sociales y financieros que también generan dolor. Un estudio sobre fármacos, la administración escalonada de éstos, la asociación de los analgésicos entre sí y de éstos con sedantes, antiinflamatorios y otros, el bloqueo de las vías sensitivas y el uso de la quimioterapia para reducir la proliferación de las metástasis forman parte, junto con el acompañamiento humano a la persona que sufre de la asistencia continua, como ayuda indispensable al enfermo oncológico.

INTRODUCCIÓN

El alivio del dolor en el cáncer es un problema de salud pública tan importante como descuidado, no sólo en los países en desarrollo sino también en los desarrollados¹. El tratamiento eficaz del dolor, especialmente en los casos de enfermedad avanzada, es uno de los cuatro temas prioritarios del programa global de la OMS en materia de cáncer (los otros son la prevención primaria, la detección precoz y el tratamiento de los cánceres curables).

Conviene insistir en que es posible aliviar a millones de enfermos de cáncer que sufren día tras día dolores que nadie mitiga. Los conocimientos actuales permiten abordar el problema con una metodología que podría aplicarse en el ámbito mundial. El tratamiento con medicamentos analgésicos es un componente esencial de esta metodología^{2,3}; utilizado correctamente, permite dominar el dolor en más del 90% de los enfermos⁴.

Amplitud del problema: prevalencia del dolor en el cáncer

El cáncer es un grave problema mundial. Cada año se diagnostican cerca de 6 millones de casos nuevos y mueren más de 4 millones de enfermos. Estas defunciones representan el 10% de la mortalidad general⁵. La mitad de los casos diagnosticados de cáncer y las dos terceras partes de las defunciones por esa causa se producen en países en desarrollo. El dolor es un problema usual y, según un análisis de 32 recopilaciones publicadas, constituye un síntoma preponderante⁶ que se observa hasta en el 50% de los adultos y niños sometidos a un tratamiento anticanceroso⁷. Los datos disponibles no permiten dar una cifra exacta de la prevalencia del dolor canceroso en el mundo, ya que no se conoce el número total de enfermos de cáncer sometidos a tratamiento. Ahora bien, no parece exagerado calcular que *cada día* sufren dolores de origen canceroso, con o sin tratamiento satisfactorio, unos 3,5 millones de personas por lo menos.

Según una serie de estudios, el dolor varía entre moderado e intenso en el 50% aproximadamente de los enfermos que lo sufren y es extremado o insuportable en el 30%⁸. Diversos estudios han demostrado que la prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad^{9,10}. El dolor de los enfermos cancerosos suele responder a causas múltiples^{11,12}. En la literatura se encuentran descripciones de los síndromes dolorosos usuales que se observan en los enfermos de cáncer¹³.

A juzgar por muchos de los informes publicados, los dolores del cáncer no reciben a menudo un tratamiento adecuado. Según un análisis de 11 informes que abarcan cerca de 2.000 enfermos de países desarrollados, el 50-80% de los enfermos no experimentan un alivio satisfactorio⁷. A muchos pacientes con cánceres avanzados y dolor moderado o intenso no se les administra suficiente medicación analgésica para evitarles el sufrimiento. El tratamiento se limita a la administración de un opiáceo débil* (v.g., codeína) o de un medicamento

* En el presente informe, el término opiáceo se refiere a la codeína, morfina y otros fármacos antidolorosos afines.

contempladas como puntos seleccionados en la llanta de una rueda, cada una de ellas dirigiendo su pensamiento y energía centripetamente. Al aproximarse todas ellas hacia el centro de la rueda, cada vez están más y más cercanas y esperemos que eventualmente alcancen el centro de la rueda (fig. 1).

Todos los médicos deben saber con claridad que las situaciones de dolor crónico indican una situación fácilmente reconocible, pero al mismo tiempo una seria enfermedad, que sólo podrá ser curada con el esfuerzo coordinado de un *equipo* de médicos de diferentes especialidades y empleando todas las posibles alternativas, variaciones y combinaciones de modalidades de tratamiento.

Estas son sin duda reflexiones somáticas, pero no debemos olvidar que el paciente con una grave enfermedad, tal y como es el dolor crónico, también sufre alteraciones psíquicas. De la misma manera que el dolor crónico conduce a un trastorno psíquico, una enfermedad psíquica o situaciones de depresión también pueden producir dolor.

Por medio de una cooperación interdisciplinaria, todas las posi-

bles alternativas terapéuticas deben ser extensamente probadas en orden a tratar los diferentes y complicados tipos de dolor.

El control del dolor neoplásico exige el más alto nivel de un juicio y científico control médico. A pesar de haber discutido en este curso los aspectos farmacocinéticos de los opiáceos, debemos recordar y tener presente que parte del sufrimiento de nuestros pacientes nunca podrá ser erradicado, aunque nuestra actuación terapéutica haya sido eficaz en aliviar la agonía física del paciente, ya que permanece como soterrado un sufrimiento profundo: la debilidad y la progresiva pérdida del control y de las facultades físicas e intelectuales, la desfiguración y la soledad, el miedo y los remordimientos.

Nuestros pacientes esperan que seamos más que científicos. Nos invitan a acompañarlos en esta difícil etapa de su viaje. No esperan, por supuesto, que tengamos todas las respuestas. Lo que realmente desean es un médico que se ocupe de ellos, alguien que esté dispuesto a escuchar, y en ocasiones a compartir su sufrimiento. El paciente, sin hablar, nos está gritando: ¡Vigila conmigo!, ¡ayúdame a morir sin dolor!, pero al mismo tiempo: ¡ayúdame a vivir hasta que muera!

LH

1-4

ALIVIO DEL DOLOR EN EL CÁNCER

Organización Mundial de la Salud

Ginebra, 1987

La mitad e incluso las tres cuartas partes de los enfermos de cáncer sufren de dolor como síntoma principal y este dolor no llega a ser bien controlado, en parte por la restricción de fármacos y en parte por falta de técnica en la administración de éstos. Pero además hay que tener en cuenta el dolor total. Al estímulo físico no sólo se asocian los factores psicológicos, espirituales, sociales y financieros que también generan dolor. Un estudio sobre fármacos, la administración escalonada de éstos, la asociación de los analgésicos entre sí y de éstos con sedantes, antiinflamatorios y otros, el bloqueo de las vías sensitivas y el uso de la quimioterapia para reducir la proliferación de las metástasis forman parte, junto con el acompañamiento humano a la persona que sufre de la asistencia continua, como ayuda indispensable al enfermo oncológico.

INTRODUCCIÓN

El alivio del dolor en el cáncer es un problema de salud pública tan importante como descuidado, no sólo en los países en desarrollo sino también en los desarrollados¹. El tratamiento eficaz del dolor, especialmente en los casos de enfermedad avanzada, es uno de los cuatro temas prioritarios del programa global de la OMS en materia de cáncer (los otros son la prevención primaria, la detección precoz y el tratamiento de los cánceres curables).

Conviene insistir en que es posible aliviar a millones de enfermos de cáncer que sufren día tras día dolores que nadie mitiga. Los conocimientos actuales permiten abordar el problema con una metodología que podría aplicarse en el ámbito mundial. El tratamiento con medicamentos analgésicos es un componente esencial de esta metodología^{2,3}; utilizado correctamente, permite dominar el dolor en más del 90% de los enfermos⁴.

Amplitud del problema: prevalencia del dolor en el cáncer

El cáncer es un grave problema mundial. Cada año se diagnostican cerca de 6 millones de casos nuevos y mueren más de 4 millones de enfermos. Estas defunciones representan el 10% de la mortalidad general⁵. La mitad de los casos diagnosticados de cáncer y las dos terceras partes de las defunciones por esa causa se producen en países en desarrollo. El dolor es un problema usual y, según un análisis de 32 recopilaciones publicadas, constituye un síntoma preponderante⁶ que se observa hasta en el 50% de los adultos y niños sometidos a un tratamiento anticanceroso⁷. Los datos disponibles no permiten dar una cifra exacta de la prevalencia del dolor canceroso en el mundo, ya que no se conoce el número total de enfermos de cáncer sometidos a tratamiento. Ahora bien, no parece exagerado calcular que *cada día* sufren dolores de origen canceroso, con o sin tratamiento satisfactorio, unos 3,5 millones de personas por lo menos.

Según una serie de estudios, el dolor varía entre moderado e intenso en el 50% aproximadamente de los enfermos que lo sufren y es extremado o insuportable en el 30%⁸. Diversos estudios han demostrado que la prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad^{9,10}. El dolor de los enfermos cancerosos suele responder a causas múltiples^{11,12}. En la literatura se encuentran descripciones de los síndromes dolorosos usuales que se observan en los enfermos de cáncer¹³.

A juzgar por muchos de los informes publicados, los dolores del cáncer no reciben a menudo un tratamiento adecuado. Según un análisis de 11 informes que abarcan cerca de 2.000 enfermos de países desarrollados, el 50-80% de los enfermos no experimentan un alivio satisfactorio⁷. A muchos pacientes con cánceres avanzados y dolor moderado o intenso no se les administra suficiente medicación analgésica para evitarles el sufrimiento. El tratamiento se limita a la administración de un opiáceo débil* (v.g., codeína) o de un medicamento

* En el presente informe, el término opiáceo se refiere a la codeína, morfina y otros fármacos antidolorosos afines.



FIG. 1. Factores que modifican la percepción del dolor por el paciente.

más enérgico suministrado a petición, en vez de en dosis aplicadas regularmente *relax in mano*. No disponemos de ninguna estimación del alivio de los dolores cancerosos en los países desarrollados; sin embargo, parece indudable que a la mayoría de los pacientes no se les aplica un tratamiento suficiente por culpa de restricciones, legales o de otro tipo, del uso de los medicamentos, especialmente a los opiáceos enérgicos.

Naturaleza del dolor en el cáncer

Como punto de partida puede ser útil citar la definición propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor¹²:

«El dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende a aplicar este término a través de sus experiencias traumáticas juveniles. Indudablemente, se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo pero también es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional.»

En varios estudios se han evaluado los factores psicológicos que determinan la intensidad del dolor en los enfermos de cáncer¹³⁻¹⁵. En los casos de enfermedad avanzada, esos factores influyen decisivamente en la intensidad del dolor. La falta de esperanza y el temor a la muerte que se avecina hacen que el sufrimiento del enfermo sea total y exacerban el dolor. La identificación de los componentes físicos y no físicos es condición esencial para aplicar el tratamiento apropiado. Para abarcar todos los aspectos pertinentes resulta útil el concepto de *dolor total* (fig. 1), que engloba a la vez el estímulo físico nocivo y los factores psicológicos, espirituales, sociales y financieros^{1,2}.

El reconocimiento de la compleja naturaleza del dolor en el cáncer permite comprender más fácilmente por qué algunos pacientes siguen experimentando dolores intolerables a pesar de que se les administran dosis crecientes de analgésicos. El dolor intenso rebelde suele asociarse con otros síntomas, en particular insomnio, pérdida de apetito, disminución de la capacidad de concentración, irritabilidad y manifestaciones de carácter depresivo.

Importa subrayar que existe una clara diferencia entre los pacientes con dolor crónico de naturaleza no maligna y los pacientes con dolor causado por un cáncer progresivo. Una vasta experiencia clínica demuestra que, mientras que el dolor del cáncer responde en general a los tratamientos clínicos clásicos, no ocurre así con muchos síndromes dolorosos de origen no maligno. El dolor canceroso intenso responde habitualmente a los opiáceos potentes, mientras que no es éste el caso en la mayor parte de las formas de dolor crónico no maligno. Cuando la expectativa de vida del enfermo es corta, puede recurrirse con más facilidad a ciertas técnicas cruentas tales como la neurectomía subaracnoidea y las resecciones neuroquirúrgicas. Los efectos de estas técnicas, que con frecuencia no pueden repetirse, pueden durar sólo algunos meses. Mientras que esto puede ser suficiente para un enfermo en fase terminal, no sucede evidentemente lo mismo cuando los pacientes tienen una expectativa de vida más normal.

El dolor del cáncer se ha clasificado en función de una serie

de síndromes dolorosos usuales y de sus mecanismos fisiopatológicos^{1,2}. La causa principal y más común del dolor en los enfermos de cáncer es la propagación del tumor (por ejemplo, metástasis óseas, compresión nerviosa y afectación de las vísceras huecas y del retroperitoneo). El segundo grupo de síndromes dolorosos, menos frecuentes, son los relacionados con el tratamiento del cáncer y se observan en el curso, o como consecuencia, de la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia.

No se conocen bien los mecanismos fisiológicos de los síndromes dolorosos que causa de ordinario el cáncer. Actualmente se piensa que en los huesos, los tejidos blandos, los vasos linfáticos y sanguíneos, los nervios y las vísceras se produce una serie de alteraciones neurofarmacológicas y neurofisiológicas que activan y sensibilizan los nociceptores y mecanorreceptores mediante estímulos mecánicos (compresión tumoral) o químicos (metástasis óseas). El resultado es un dolor intermitente o continuo. Los medicamentos analgésicos constituyen la primera línea de tratamiento de esos tipos de dolor. En algunos pacientes, la infiltración por el tumor de un nervio o la compresión prolongada dan lugar a una lesión parcial de los axones y de las membranas nerviosas, que se hacen muy sensibles a los estímulos mecánicos o químicos. Esto tiene por consecuencia un tipo de dolor superficial urente (dolor disestésico o de desafereenciación). En algunos enfermos el dolor puede también tener un carácter punzante (lancinante). El dolor de desafereenciación no responde a los opiáceos pero se alivia en mayor o menor medida con medicamentos coadyuvantes¹⁶.

Situación actual

El tratamiento del dolor canceroso ha mejorado en los últimos 20 años gracias a numerosos factores, entre ellos la mejora del diagnóstico y del tratamiento⁴, el conocimiento más preciso de la farmacoterapia analgésica, el interés de los pacientes y de sus familias por obtener un tratamiento más eficaz del dolor y el convencimiento de que en los casos avanzados de cáncer es especialmente importante controlar bien los síntomas y proporcionar al enfermo una buena calidad de vida.

En el Reino Unido, el establecimiento de servicios residenciales de asistencia paliativa (los llamados *hospicios*) preparó el terreno al empleo continuo de opiáceos por vía oral para aliviar el dolor del cáncer^{7,8}. La proliferación de estos modernos hospicios y de servicios especializados en el tratamiento del dolor, tanto en el Reino Unido como en Italia y en los Estados Unidos de América, ha aportado una experiencia clínica suplementaria^{9,10,17}, que demuestra la posibilidad de tratar eficazmente los dolores del cáncer. La existencia de un centro especializado sirve también para elevar el nivel del tratamiento del dolor canceroso en los hospitales vecinos^{18,19}. El rápido aumento del número de profesionales sanitarios que han adquirido competencia en el tratamiento del dolor canceroso hace pensar que tal competencia puede transferirse fácilmente en una amplia variedad de situaciones²⁰. A título de ejemplo cabe citar el caso del Centro Oncológico de Saitama (Japón), donde han sido tratados 156 pacientes, según las normas provisionales preparadas en la reunión consultiva de la OMS de 1982; en el 87% de los enfermos se obtuvo una remi-

sión completa del dolor, mientras que en otro 9% la remisión fue *aceptable* y en el 4% restante, solamente *parcial*⁵. Estos resultados hacen pensar que tanto los profesionales como el público pueden abrigar esperanzas mucho mayores respecto al tratamiento eficaz del dolor canceroso.

La farmacoterapia con productos opiáceos, no opiáceos y coadyuvantes es la piedra angular de ese tratamiento. El empleo eficaz de tales fármacos requiere un buen conocimiento de sus características farmacológicas, ya que la elección de un medicamento (o de más de uno) depende de las necesidades de cada paciente²⁻⁴. En una pequeña minoría de enfermos son útiles las técnicas neurolíticas²⁰⁻²² y neuroquirúrgicas^{24, 25}; es posible, sin embargo, que su principal ventaja sea la de aportar con más rapidez el alivio máximo. En un estudio se trató a unos pacientes con quimioterapia exclusivamente y a otros con una combinación de medicamentos y de técnicas neurolíticas²⁶; al cabo de seis semanas de tratamiento supervisado, el nivel de analgesia obtenido era comparable en ambos grupos.

Todavía están por precisar los criterios aplicables al empleo de métodos neurolíticos y neuroquirúrgicos. Por otra parte, rara vez estos procedimientos constituyen una opción en la inmensa mayoría de los casos. Lo mismo cabe decir del tratamiento del dolor mediante métodos de comportamiento²⁷⁻²⁹. Así pues, en el presente estudio se presta particular atención a la quimioterapia en vista de su importancia crucial y de su aplicabilidad general. Varios estudios de conjunto sobre el uso de analgésicos orales y parenterales para tratar el dolor en el cáncer pueden proporcionar orientaciones prácticas a este respecto^{2, 20-32}. Asimismo, varios comités nacionales y grupos médicos han esbozado pautas de farmacoterapia aplicables al tratamiento del dolor en el cáncer avanzado³³⁻³⁵. Todos ellos han puesto de relieve la importancia de proporcionar al paciente una analgesia suficiente y cuidados complementarios adecuados a fin de mejorar su calidad de vida y reconfortarle a la hora de la muerte. Estos informes han hecho patente asimismo la necesidad de enseñar a los médicos y otros profesionales sanitarios a utilizar los analgésicos opiáceos en el tratamiento de los enfermos cancerosos³³⁻³⁵.

¿Por qué no se trata eficazmente el dolor en el cáncer?

El hecho de que no se haga bastante para dominar el dolor de los cancerosos se debe a muchas razones³⁶⁻⁴². Los opiáceos potentes se han venido usando tradicionalmente para tratar el dolor intenso y agudo, pero su empleo prolongado se ha desaconsejado por la posibilidad de que creen tolerancia o dependencia física o psicológica. Por *tolerancia* se entiende un estado en el que se requieren dosis cada vez mayores de medicamentos para mantener el efecto analgésico inicial. La *dependencia física* se caracteriza por la aparición de síntomas y signos agudos de abstinencia cuando se interrumpe bruscamente la administración del opiáceo o se administra un antagonista de éste. La *dependencia psicológica* difiere a la vez de la dependencia física y de la tolerancia, manifestándose como un tipo concomitante de comportamiento toxicomaníaco caracterizado por deseo vehemente de la droga y ansia irreprimitible de obtenerla y utilizarla. Algunos médicos, enfermeras y pacientes consideran erróneamente que las expresiones *dependencia física* y *dependencia psicológica* son intercambiables, lo cual ha dado lugar a un subempleo de los analgésicos opiáceos; por otra parte, el uso eficaz de éstos se ha visto limitado todavía más por la falta de conocimientos profesionales sobre sus propiedades clinicofarmacológicas^{38, 40}.

En suma, las principales razones que explican que el tratamiento del dolor canceroso diste de ser satisfactorio son las siguientes:

- El hecho de que muchos profesionales de la salud desconocen que ya se dispone de métodos eficaces para tratar adecuadamente el dolor en el cáncer.
- La falta de interés por parte de la mayoría de los gobiernos nacionales.
- El hecho de que en muchas zonas no se dispone de los medicamentos esenciales para aliviar el dolor en el cáncer.
- El temor de provocar *adicción*, tanto en los enfermos de cáncer como en el público en general, si se facilita el acceso a los opiáceos potentes con fines terapéuticos.

- La falta de una instrucción sistemática de los estudiantes de medicina, médicos, enfermeras y demás personal de salud respecto al tratamiento del dolor en el cáncer.

TRATAMIENTO COMPLETO DEL DOLOR EN EL CÁNCER

Un plan completo de tratamiento del dolor en el cáncer puede comprender tres apartados principales: evaluación del dolor, estrategia terapéutica y asistencia continua.

Evaluación del dolor

La evaluación es una medida preliminar de capital importancia para el tratamiento satisfactorio del dolor en el cáncer. No sólo exige un conocimiento del componente físico sino también de los componentes psicológicos, espirituales, interpersonales, sociales y financieros que integran el *dolor total* del paciente. Incumbe fundamentalmente al médico la responsabilidad de esa evaluación. A continuación se describen las principales fases de la evaluación clínica del dolor canceroso. La ignorancia de esas fases es una de las principales causas de errores de diagnóstico y de tratamientos inadecuados.

1. **Tomar en serio la queja del paciente.**
2. **Evaluar la intensidad del dolor.** Para evaluar la intensidad del dolor hay que averiguar si limita la actividad del paciente, el número de horas de sueño tranquilo que puede éste dormir y la media en que la medicación o los métodos analgésicos ya aplicados alivian el dolor. La clasificación del dolor del paciente en leve, moderado o intenso proporciona un avance para una terapéutica medicamentosa apropiada. Las escalas clásicas de intensidad del dolor pueden ser útiles pero no son esenciales. Para determinar la intensidad del dolor puede preguntarse al paciente que compare su dolor actual con alguna experiencia pasada, por ejemplo un dolor de muelas, los dolores del parto, el dolor postoperatorio o un calambre muscular.
3. **Evaluar el estado psicológico del paciente.** Es posible identificar a los pacientes que necesitan un apoyo psicológico más específico. La depresión puede observarse hasta en el 25% de los enfermos de cáncer. También se observan otros síndromes psiquiátricos corrientes en los sujetos con dolor canceroso. La detección de esos síndromes constituyen una parte importante de la evaluación total del paciente.
4. **Obtener una historia detallada del dolor.**
5. **Efectuar un examen físico minucioso.** En la evaluación de los enfermos con un cáncer muy avanzado, todo lo que se necesita para determinar la causa del dolor y facilitar la institución de un tratamiento adecuado es una historia cuidadosa y un examen clínico detallado.
6. **Prescripción, y revisión personal, de todas las investigaciones diagnósticas que resulten necesarias.** Las investigaciones especiales deben reservarse para los casos en que se abrigan dudas sobre la causa del dolor o en los que toda decisión sobre el tratamiento anticanceroso ulterior depende de la localización precisa del proceso. Cuando la terapéutica anticancerosa no es viable por estar la enfermedad muy avanzada, los estudios diagnósticos resultan menos importantes. Incluso cuando se está investigando el origen del dolor, el tratamiento con medicamentos analgésicos suele mejorar considerablemente la capacidad del enfermo para participar en los exámenes diagnósticos necesarios. Nada justifica la práctica de suprimir los analgésicos mientras se investiga la causa del dolor. El alivio del dolor no enmascara el diagnóstico de la causa.
7. **Considerar otros métodos de tratamiento del dolor durante la evaluación inicial.** Aunque la farmacoterapia es la piedra angular del tratamiento del dolor en el cáncer, hay otros métodos que pueden resultar sumamente útiles en ciertos estados dolorosos de ese origen. Así, por ejemplo, en los pacientes con metástasis óseas dolorosas suele obtenerse un alivio considerable, o incluso completo, mediante la radioterapia paliativa local.
8. **Evaluar la intensidad del dolor después de haber iniciado el tratamiento.** En los pacientes que responden al tratamiento peor de



Fig. 2. Método secuencial de tratamiento del dolor en el cáncer.

lo que se esperaba o en los que se produce una exacerbación del dolor puede ser necesario reevaluar la causa de éste y la estrategia terapéutica.

Estrategia terapéutica

La estrategia terapéutica propuesta, descrita con todo detalle en el artículo siguiente (Método para aliviar el dolor en el cáncer), se basa en el uso simultáneo o sucesivo de una serie de métodos de tratamiento (fig. 2) que deben adaptarse a las necesidades de cada paciente. En muchos sentidos, este método no pasa de ser un esbozo, ya que los detalles habrán de variar probablemente de unos países a otros y de unos enfermos a otros. No se hace ninguna referencia especial a los niños; sin embargo, los principios generales del método se aplican usualmente en los centros de oncología pediátrica del Reino Unido y de los Estados Unidos de América. Conviene integrar el método en un programa más amplio de asistencia a los enfermos de cáncer. Aunque no siempre es posible obtener un alivio completo del dolor, el método puede usarse para mitigar considerablemente las molestias de todos los enfermos. Un dolor hasta entonces intolerable puede reducirse hasta el punto de que el paciente sea capaz de controlar por su cuenta cualquier dolor que persista. En la práctica es útil establecer una secuencia de objetivos concretos:

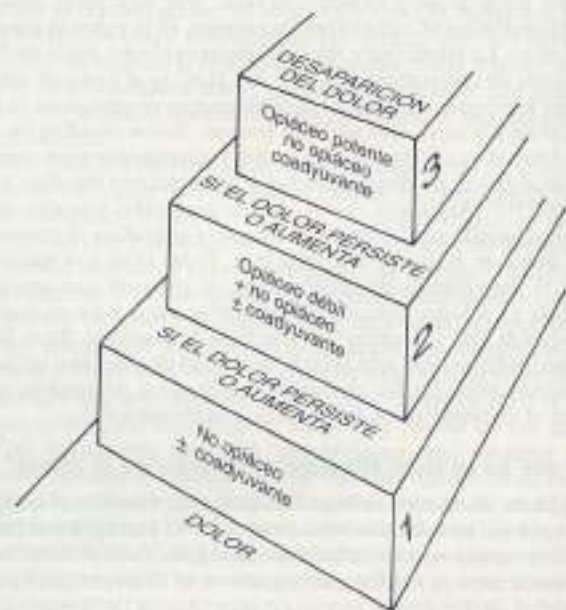
- Aumentar el número de horas de sueño sin dolor.
- Aliviar el dolor cuando el enfermo descansa.
- Aliviar el dolor cuando el enfermo está de pie o en actividad.

Como puede verse en la figura 2, la primera etapa comprende tratamientos anticancerosos, siempre que se disponga de ellos y de que resulten apropiados. Al mismo tiempo deben aplicarse medidas de

tratamiento sintomático: farmacoterapia, terapéutica física y métodos psicológicos. También, si se cuenta con esa posibilidad, cabe recurrir a los bloqueos anestésicos locales (por ejemplo, inyecciones en los puntos desencadenantes del dolor y anestesia regional). Si no se mitiga suficientemente el dolor pueden administrarse opiáceos potentes, combinados si es preciso con coadyuvantes y algún analgésico no opiáceo. Cuando el dolor se localiza en un dermatoma o es unilateral pueden resultar muy útiles los procedimientos neurolíticos y neuroquirúrgicos; por desgracia, no siempre se puede recurrir a estos métodos.

Farmacoterapia

El uso de medicamentos analgésicos es la piedra angular del tratamiento del dolor canceroso. Utilizados correctamente, los analgésicos resultan eficaces en un gran porcentaje de enfermos. Se ha propuesto una «escalera analgésica» de tres peldaños (véase el diagrama siguiente), basada en la premisa de que los médicos y demás profe-



sionales de la salud deben saber utilizar correctamente un pequeño número de medicamentos. La escalera está constituida por tres analgésicos de uso común: aspirina, codeína y morfina. Si es necesario, cabe reemplazarlos por otros (véase cuadro 3, pág. 299). Estos medicamentos de reemplazamiento se proponen en previsión de que alguno de los tres precedentes:

- a) No sea bien tolerado por algunos pacientes.
- b) No pueda obtenerse en todos los países en forma de preparación oral.

En los casos de dolor secundario leve pueden bastar ciertos medicamentos no opiáceos como la aspirina, el paracetamol o algún producto antiinflamatorio no esteroideo. En los de dolor bastante intenso se puede prescribir codeína u otro opiáceo poco potente en caso de que los no opiáceos, administrados regularmente, no proporcionen suficiente alivio. Los medicamentos no opiáceos, concretamente los antiinflamatorios no esteroideos, parecen actuar periféricamente inhibiendo los sistemas de prostaglandinas, mientras que los opiáceos lo hacen a nivel central uniéndose a receptores específicos. A causa de esta diferencia, las combinaciones de estos dos tipos de fármacos tienen un efecto analgésico aditivo^{43,45} y se utilizan a menudo. En los casos de dolor intenso, el medicamento de elección es un opiáceo potente: la morfina, que tiene una vida media relativamente breve y una farmacodinamia lineal y es relativamente fácil de dosificar en función del dolor^{46,47}.

En los casos de dolor secundario a una lesión nerviosa se necesitan a menudo medicamentos coadyuvantes. Hay indicios de que es-

los productos tienen un efecto analgésico suplementario⁴⁰ y, por otra parte, la eficacia analgésica de algunos de ellos —por ejemplo, la amitriptilina⁴¹— ha quedado demostrada en estudios controlados. En los enfermos de cáncer se usan mucho los corticosteroides, a la vez como agentes quimioterápicos y como analgésicos.

En varios estudios se ha visto que los corticosteroides alivian el dolor en caso de compresión epidural de la médula o de infiltración de un nervio por el tumor, así como en las metástasis óseas^{42, 43}.

Sobre la base de una vasta experiencia clínica y de diversos estudios controlados de analgésicos, se ha enunciado una serie de principios importantes:

1. *La dosis de un analgésico se debe determinar a título individual.* La dosis analgésica eficaz varía considerablemente de un enfermo a otro. La dosis correcta de un analgésico es aquella que proporciona un alivio suficiente durante un período razonable de tiempo, a ser posible de cuatro horas o más. Las dosis recomendadas o máximas que se dan en ciertos tratados de la especialidad son útiles solamente como punto de partida; por lo general se necesita una cantidad mayor. A diferencia de las dosis de los no opiáceos, opiáceos débiles y productos mixtos del tipo agonista-antagonista del opio, las de morfina y de otros opiáceos potentes pueden aumentarse indefinidamente. A juzgar por los datos publicados, es raro que un enfermo necesite más de 200 mg de morfina por vía oral cada cuatro horas. A la mayoría les bastan 30 mg o menos^{2, 3}.
2. *La vía oral es preferible.* En los pacientes sometidos a medicación oral, la vía de administración no conlleva ninguna restricción de las actividades. En cambio, la administración parenteral de un medicamento obliga al paciente a estar en el hospital o en su propio domicilio y requiere la participación de otras personas. Según datos obtenidos en los hospicios antes mencionados, son relativamente escasos los pacientes que necesitan inyecciones para aliviar el dolor antes de sus últimos dos o tres días de vida^{2, 3}. Algunos enfermos con dolor y vómitos rebeldes, sin embargo, requieren la administración parenteral. Conviene advertir que suele ser posible volver a la vía oral cuando se han dominado los vómitos.
3. *El insomnio debe tratarse energicamente.* El dolor suele empeorar por la noche y no permite dormir suficientemente al enfermo, que se debilita así todavía más. La administración al acostarse de una dosis de morfina mayor que la utilizada durante el día proporciona un alivio más prolongado del dolor y un sueño más reparador.
4. *Hay que tratar sistemáticamente los efectos secundarios.* Los efectos secundarios usuales de los opiáceos potentes —es decir, el estreñimiento, las náuseas y los vómitos— deben ser objeto de vigilancia y tratados con antieméticos y laxantes. Casi todos los enfermos tratados regularmente con morfina necesitan un laxante y aproximadamente las dos terceras partes, un antiemético³. En cambio, es raro que se produzca una depresión respiratoria clínicamente importante en conjunción con la administración prolongada de opiáceos enérgicos³.
5. *En ciertos casos se necesitan medicamentos coadyuvantes.* La administración de un agente antidepressor está indicada cuando el enfermo sigue deprimido a pesar de sentir menos dolores, así como en los casos de dolor de desafectación (véase la página 303). En los pacientes muy angustiados puede utilizarse un ansiolítico. Los corticosteroides^{26, 31}, los anticonvulsivos y los neurolepticos también pueden ser eficaces en ciertos casos (véase el siguiente artículo, *Métodos para aliviar el dolor en el cáncer*).
6. *Hay que vigilar cuidadosamente la evolución del paciente.* Los enfermos de cáncer a los que se prescriben analgésicos, sean opiáceos o no, deben ser objeto de una estrecha vigilancia a fin de lograr el máximo bienestar con un mínimo de efectos secundarios. A veces es preciso evaluar el tratamiento inicial en un plazo de horas, pero lo normal es hacer esta revisión al cabo de uno o dos días y siempre después de la primera semana. La vigilancia ulterior se adaptará a las necesidades concretas del paciente. Cabe

la posibilidad de que surja un nuevo dolor, lo cual obligará a reevaluar la situación; no basta, en efecto, aumentar la medicación antidolorosa aplicada, si bien esto puede ser una importante medida inicial.

En suma, en los enfermos de cáncer con dolor la farmacoterapia analgésica permite en general aliviar suficientemente los fenómenos dolorosos. Hay abundantes datos de que esta metodología se presta fácilmente en el tratamiento por personal no especializado de los enfermos de cáncer con dolor rebelde.

Otras intervenciones

No todos los dolores responden por igual a los analgésicos. En un pequeño número de casos pueden ser necesarios los bloqueos neurólíticos o neuroquirúrgicos como medida complementaria. Estas técnicas proporcionan un importante alivio del dolor, pero el efecto no dura indefinidamente; su principal indicación son los dolores relacionados con la actividad y causados por una compresión nerviosa. Este tipo de dolor sobreañadido no responde bien a los opiáceos. Los bloqueos neurólíticos y neuroquirúrgicos han de dejarse siempre en manos de especialistas expertos que trabajen en clínicas u hospitales².

El bloqueo neurólítico más útil es el del sistema nervioso autónomo a nivel del plexo celiaco, con lo que se obtiene un 60-80% de buenos resultados en los casos de dolor por cáncer del páncreas y otros dolores epigástricos de origen neoplásico²³. Ahora bien, los bloqueos neurólíticos en los que se utiliza fenol o alcohol son poco selectivos. Por consiguiente, al bloquear nervios somáticos se puede provocar una perturbación sensitiva o motriz o una disfunción urinaria y fecal. El procedimiento neuroquirúrgico más útil para tratar el dolor canceroso es la cordotomía percutánea o abierta^{26, 24}, operación que puede llevar a cabo un médico que no sea cirujano siempre que haya recibido un adiestramiento especial y la practique regularmente para no perder la competencia.

Asistencia continua

El alivio del dolor no es más que una parte del tratamiento completo de los cancerosos. La asistencia continua es esencial para proporcionarles la mejor calidad de vida posible. En los Estados Unidos de América, la National Hospice Organization ha resumido así el concepto de la asistencia continua:

«La asistencia continua parte del principio de que morir es un proceso natural. Así pues, ni apresura ni aplaza la muerte. La asistencia continua se basa en la esperanza y en la creencia de que dando una asistencia apropiada y formando una comunidad asistencial sensible a las necesidades, tanto los pacientes como sus familias podrán alcanzar cierto grado de preparación mental y espiritual para la muerte que les reconforte»²⁵.

La expresión *asistencia continua* se utiliza aquí en un sentido amplio a fin de abarcar la asistencia del enfermo de cáncer desde la fase inicial de examen clínico y diagnóstico, pasando por la evaluación y el tratamiento, hasta las últimas fases de la enfermedad, tanto en el domicilio del enfermo como en el hospital. El elemento esencial de este programa es la disponibilidad de un profesional de la asistencia sanitaria y, si es posible, de un equipo asistencial.

El método global de alivio del dolor preconizado en estas páginas entraña considerables demandas físicas e impone una gran sobrecarga emocional a los médicos, enfermeras y demás personal profesional que asiste a los enfermos de cáncer. El hecho de trabajar en el seno de un equipo proporciona un estímulo y apoyo recíprocos. Este trabajo en equipo es esencial para optimizar la asistencia. La composición del equipo variará según los pacientes y según el país; centrado en el paciente, comprende la familia inmediata y otras muchas personas: amigos, vecinos, voluntarios, médicos, enfermeras, terapeutas, asistentes sociales, psicólogos, sacerdotes, etc. En el plano colectivo, el equipo se interesa básicamente por el bienestar total —físico, psicológico, espiritual, social y financiero— del enfermo y de su familia. En esta situación, las funciones individuales pueden imbricarse o incluso confundirse.

Los objetivos principales de la asistencia continua son los siguientes:

- Liberar al paciente del dolor y de otros síntomas penosos.
- Dar asistencia psicológica al paciente.
- Organizar un sistema de apoyo que ayude a los pacientes a vivir con la mayor actividad posible en espera de la muerte que se avecina.
- Dar asistencia psicológica a la familia del paciente durante la enfermedad y el período de duelo.

Estos objetivos, derivados del concepto de los modernos hospicios^{2,7} se tienen muy presentes en los programas de asistencia continua. A todo enfermo con dolor, el programa de asistencia continua le ofrece una ayuda indispensable para dosificar correctamente los opiáceos y suprimir los efectos secundarios y otros síntomas. Además, la asistencia continua evita el aislamiento social del enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

1. STJERNSWARD, J.: *Cancer pain relief: an important global health issue*. The clinical journal of pain, 1: 95-97 (1985).
2. SAUNDERS, G. M.: *The management of terminal illness*. Londres, Edward Arnold, 1985.
3. TWYDCROSS, R. G. y LACK, S. A.: *Symptom control in far advanced cancer: pain relief*. Londres, Pitman Books, 1983.
4. FOLEY, K. M.: *The treatment of cancer pain*. New England journal of medicine, 313: 84-95 (1985).
5. TAKEDA, F.: *Preliminary report from Japan on results of field testing of WHO draft interim guidelines for relief of cancer pain*. The pain clinic journal, No. 2, 1986.
6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Cancer as a global problem*. Weekly Epidemiological Record-Relève épidémiologique hebdomadaire, 59: 125-126 (1984).
7. BONICA, J. J.: *Treatment of cancer pain: current status and future needs*. En: Fields, H. L. et al., ed. *Advances in pain research and therapy*, vol. 9, Nueva York, Raven Press, 1985, pp. 589-616.
8. FOLEY, K. M.: *The management of pain of malignant origin*. En: Tyler, H. R. y Dawson, D. M., ed. *Current neurology*, vol. 2, Boston, Houghton Mifflin, 1979, pp. 279-302.
9. DALT, R. L. y CLEELAND, C. S.: *The prevalence and severity of pain in cancer*. Cancer, 50: 1913-1918 (1982).
10. TWYDCROSS, R. G. y FAIRFIELD, S.: *Pain in far advanced cancer*. Pain, 14: 303-310, (1982).
11. FOLEY, K. M.: *Pain syndromes in patients with cancer*. En: Bonica, J. J. y Ventafridda, V., ed. *Advances in cancer research and therapy*, vol. 2, Nueva York, Raven Press, 1979, pp. 59-75.
12. ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR: *Subcommittee on taxonomy of pain terms: a list with definitions and notes on usage*. Pain, 6: 249-252 (1979).
13. SPIEGAL, D. y BLOOM, J. R.: *Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain*. Psychosomatic medicine, 45: 333-339 (1983).
14. CLEELAND, C. S.: *The impact of pain on patients with cancer*. Cancer, 54: 26, 35-41 (1984).
15. BOND, M. R.: *Psychologic and emotional aspects of cancer pain*. En: Bonica, J. J. y Ventafridda, V., ed. *Advances in pain research and therapy*, vol. 2, Nueva York, Raven Press, 1979, pp. 81-88.
16. WATSON, C. P. et al.: *Amitriptyline vs. placebo in post-herpetic neuralgia*. Neurology, 32: 671-673 (1982).
17. TWYDCROSS, R. G. y VENTAFRIDDA, V.: *The continuing care of terminal cancer patients*. Oxford, Pergamon, 1980.
18. PARKES, C. M. y PARKES, J.: *Hospice versus hospital care: re-evaluation after ten years as seen by surviving spouses*. Postgraduate medical journal, 60: 120-124 (1984).
19. KANE, R. L. et al.: *A randomized controlled trial of hospice care*. Lancet, 1: 890-894 (1984).
20. COUSINS, M. J. y BRIDENBOUGH, P. O.: *Neural blockade*. Filadelfia, J. B. Lippincott, 1980.
21. ARNER, S.: *The role of nerve blocks in the treatment of cancer pain*. Acta anaesthesiologica Scandinavica, 74 (suppl.): 104-108 (1982).
22. SWERDLOW, M.: *Spinal and peripheral neuralysis for managing Parosait syndrome*. En: Bonica, J. J. et al., ed. *Advances in pain relief and therapy*, vol. 4, Nueva York, Raven Press, 1979, pp. 135-143.
23. MOORE, D. C.: *Role of nerve blocks with neurolytic solutions in visceral and perineal pain*. En: Bonica, J. J. y Ventafridda, V., ed. *Advances in pain relief and therapy*, vol. 3, Nueva York, Raven Press, 1979, p. 593-605.
24. FRIEDBERG, S.: *Neurosurgical treatment of pain caused by cancer*. Medical clinics of North America, 59: 481-485 (1975).
25. MEYERSON, B. A.: *The role of neurosurgery in the treatment of cancer pain*. Acta anaesthesiologica Scandinavica, 74 (suppl.): 109-113 (1982).
26. VENTAFRIDDA, V. et al.: *Comprehensive treatment in cancer pain*. En: Fields, H. L. et al., ed. *Advances in pain research and therapy*, vol. 9, Nueva York, Raven Press, 1985, pp. 617-627.
27. TURK, D. C. et al.: *Application of biofeedback for the regulation of pain: a critical review*. Psychological bulletin, 86: 1322-1341 (1979).
28. BARBER, J. y GITELSON, J.: *Cancer pain: psychological management using hypnosis*. Cancer, 30: 130-135 (1980).
29. MUNRO, S. y MOUNT, B.: *Music therapy in palliative care*. Canadian Medical Association journal, 119: 1029-1034 (1978).
30. BEAVER, W. T.: *Management of cancer pain with parenteral medication*. Journal of the American Medical Association, 244: 2653-2657 (1980).
31. INTURRISI, C. E. y FOLEY, K. M.: *Narcotic analgesics in the management of pain*. En: Kuhar, M. y Pasternak, G. W., ed. *Analgesic neurochemical, behavioural and clinical perspectives*. Nueva York, Raven Press, 1984, pp. 257-288.
32. RANE, A. et al.: *Pharmacological treatment of cancer pain with special reference to use of oral morphine*. Acta anaesthesiologica Scandinavica, 74 (suppl.): 97-103, 1982.
33. *Societystyrelsens kungörelse om medikament till smärbehandling i terminalvärd*. SOSFS (M), No. 21, pp. 1-9 (1979).
34. *Medicinstyrelsens instruktionsbrev. Direktiv om terminalvård*. Helsinki, 1980 (NO/NR 3024/02/80).
35. ROSETTI, P., ed.: *Douleur et cancer*. Ginebra, Médecine et Hygiène, 1982.
36. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, HEALTH AND PUBLIC POLICY COMMITTEE: *Drug therapy for severe chronic pain in terminal illness*. Annals of internal medicine, 99: 870-873 (1983).
37. *Questions and answers about pain control. A guide for people with cancer and their families*. Nueva York, American Cancer Society, 1981.
38. *Pain. A monograph on the management of pain/Douleurs cancéreuses: une monographie sur la conduite à tenir vis-à-vis des douleurs*. Ottawa, Ministry of Health and Welfare/Ministry of Supply and Services, 1984.
39. MARKS, R. M. y SACHAR, E. J.: *Under-treatment of medical inpatients with narcotic analgesics*. Annals of internal medicine, 78: 173-181 (1973).
40. ANGELL, M.: *The quality of mercy*. New England journal of medicine, 302: 98-99 (1982).
41. CHARAP, A. D.: *The knowledge, attitudes and experience of medical personnel treating pain in the terminally ill*. Mount Sinai journal of medicine, 45: 561-580 (1978).
42. BONICA, J. J.: *Cancer pain*. En: Bonica, J. J. ed. *Pain*. Nueva York, Raven Press, 1980, pp. 335-362.
43. BURKBERG, J. et al.: *Depression in hospitalized cancer patients*. Psychosomatic medicine, 46: 199-212 (1984).
44. HOUIDE, R. W. et al.: *Clinical management of pain*. En: Steven, S., ed. *Analgesics*. Nueva York, Academic Press, 1965, pp. 75-122.
45. BEAVER, W. T.: *Comparison of analgesic effects of morphine sulphate, hydroxyzine and their combination in patients with postoperative pain*. En: Bonica, J. J. y Ventafridda, V., ed. *Advances in pain research and therapy*, vol. 1, Nueva York, Raven Press, 1976, pp. 553-557.
46. SAWY, J. et al.: *Steady-state kinetics and analgesic effect of oral morphine in cancer patients*. European journal of clinical pharmacology, 24: 537-542 (1983).
47. WALSH, T. R.: *Controlled study of slow release morphine for chronic pain in advanced cancer*. Pain (suppl. 2): S202 (1984).
48. TWYDCROSS, R. G.: *Choice of strong analgesic in terminal cancer: diamorphine or morphine*. Pain, 3: 93-104 (1977).
49. FOLEY, K. M.: *Current controversies in the clinical use of narcotics and related analgesics*. En: Foley, K. M. y Inturrisi, C. E., ed. *Advances in pain research and therapy*, vol. 9, Nueva York, Raven Press, 1985, pp. 3-42.
50. HANKS, G. W. et al.: *Corticosteroids in terminal cancer—a prospective analysis of current practice*. Postgraduate medical journal, 59: 702-706 (1983).
51. SCHELL, H. W.: *The risk of adrenal corticosteroid therapy in far advanced cancer*. American journal of medical sciences, 252: 641-644 (1966).
52. HANKS, G. W.: *Antiemetics for terminal cancer patients*. Lancet, 1: 1410 (1982).
53. WALSH, T. D. et al.: *High-dose morphine and respiratory function in chronic cancer pain*. Pain (suppl. 1): S39 (1981).
54. TAKEDA, F.: *Neurosurgical treatment of chronic pain*. Postgraduate medical journal, 60: 905-911 (1984).
55. NATIONAL HOSPICE ORGANIZATION: *Standards of hospice programs of care*. Virginia, McLean, 1979.
56. REXED, B. et al.: *Guidelines for the control of narcotic and psychotropic substances. In the context of the international treaties*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1984.
57. JAYASURIYA, D. C.: *Regulation of pharmaceuticals in developing countries. Legal issues and approaches*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1985.

58. AGENAS, I. et al.: *Analgetikaterapi for cancerpatienter. (Tratamiento analgésico de los enfermos de cáncer.)* Lakartidningen, 79: 287-289 (1982).
59. PORTER, J. y JICK, H.: *Addiction rate in patients treated with narcotics.* New England journal of medicine, 102: 123 (1980).
60. MARUTA, T. et al.: *Drug abuse and dependency in patients with chronic pain.* Mayo Clinic proceedings, 54: 241-244 (1979).
61. TENNANT, F. S. y RAWSON, R. A.: *Outpatient treatment of prescription opioid dependence.* Archives of internal medicine, 142: 1845-1847 (1982).
62. TENNANT, F. S. y UELMAN, G. F.: *Narcotic maintenance for chronic pain: medical and legal guidelines.* Postgraduate medicine, 73: 81-94 (1983).
63. TAUB, A.: *Opioid analgesics in the treatment of chronic intractable pain of non-neoplastic origin.* En: Kitahata, I. M. y Collins, D., ed. *Narcotic analgesics in anaesthesiology*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1982, pp. 199-208.
64. PORITSKY, R. y FOLEY, K. M.: *The use of opiates in chronic non-malignant pain.* Pain, 25: 171-186 (1986).
65. ROYNS, L. N. et al.: *How permanent was Vietnam drug addiction?* American journal of public health, 64: 38-43 (1974).
66. FOLEY, K. M.: *Pharmacologic approaches to cancer pain management.* En: Fields, H. L. et al.: ed. *Advances in pain research and therapy*, vol. 9, Nueva York, Raven Press, 1985, pp. 629-653.
67. KANNEB, R. M. y FOLEY, K. M.: *Patterns of narcotic drug use in cancer pain clinic.* En: *Research development in drug and alcohol use.* Nueva York, 1981 (Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 362), pp. 162-172.
68. TWYBROSS, R. G.: *Clinical experience with diacetylmorphine in advanced malignant disease.* International journal of clinical pharmacology, therapeutics and toxicology, 9: 184-198 (1974).
69. HOLDRE, R. W. et al.: *Evaluation of analgesics in patients with cancer pain.* En: Lasagna, L., ed. *International encyclopedia of pharmacology and therapeutics. Section 6: Clinical pharmacology.* Nueva York, Pergamon Press, 1966, pp. 59-99.

LH

1-5

MÉTODO PARA ALIVIAR EL DOLOR EN EL CÁNCER

Organización Mundial de la Salud

Ginebra, 1987

En esta breve reseña se explican los principios en que se basa la evaluación de los enfermos de cáncer con dolores y se presenta una sencilla pauta para utilizar los medicamentos analgésicos, fruto de las deliberaciones de un grupo de expertos en tratamiento del dolor canceroso.

En todas las fases de su enfermedad, los enfermos de cáncer necesitan que se les libere del dolor. Este se observa en la tercera parte de los enfermos sometidos a tratamiento anticanceroso, pero en más de dos tercios de los que sufren la enfermedad en fase avanzada. En el cáncer, la base física del dolor comprende diversos mecanismos. Entre los aspectos psicológicos figuran la ansiedad, el miedo, la depresión y un estado de desesperación. El tratamiento tiene por objetivo aliviar el dolor a fin de que el enfermo pueda desempeñar bien sus actividades. A veces el alivio es completo, en especial cuando el enfermo está en reposo, pero en otras ocasiones el enfermo sigue teniendo molestias, sobre todo cuando se mueve (dolor incidente).

La terapéutica medicamentosa es la piedra angular del tratamiento de los dolores del cáncer. Los medicamentos resultan eficaces en un gran porcentaje de enfermos cuando se usan correctamente, es decir, aplicando el producto adecuado en la dosis y a los intervalos apropiados. Los medicamentos que aquí se estudian son los más utilizados en los dolores del cáncer. Aunque en estudios controlados de dosis única se ha comprobado la inocuidad y la eficacia de esos productos y de algunas de sus combinaciones, las pruebas sobre su empleo continuo se basan sobre todo en una vasta y bien documentada experiencia clínica. Algunos de estos productos son inasequibles en ciertos países; en tales casos, conviene utilizar en su lugar otros productos de la misma clase que tengan una eficacia analgésica análoga.

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN LOS ENFERMOS DE CÁNCER

Antes de tomar una decisión sobre el tratamiento, hay que determinar la causa del dolor. Lo primero que hay que hacer es estudiar la historia y las características del dolor y evaluar el estado físico y psicológico del paciente. Conviene hacer una historia detallada para precisar la localización y la distribución del dolor, sus características e intensidad, su continuidad o intermitencia, y los factores que lo exacerban o alivian. También hay que obtener información sobre la debilidad motriz, los déficits sensoriales, la movilidad y las disfunciones viscerales que pueda presentar el paciente.

A continuación hay que examinar cuidadosamente el estado físico general del paciente, la zona dolorosa y las partes correspondientes del sistema nervioso. En particular, el médico debe distinguir el dolor local del referido (v.g., en casos de afectación visceral), la afectación de nervios periféricos y la de plexos o de la médula espinal, el dolor somático del dolor de desafrenciación, y el dolor continuo del incidente. En el cáncer avanzado, el dolor incidente suele estar precipitado por los movimientos y se alivia con menos facilidad que el persistente. Si el dolor está relacionado con una fractura patológica o con un proceso agudo, habrá que considerar el tratamiento específico de esos estados. Cuando resulte apropiado y sea accesible, el tratamiento anticanceroso por radioterapia, quimioterapia o cirugía formará parte de la etapa inicial.

Las causas del dolor pueden agruparse bajo los siguientes epígrafes:

1. Dolor causado por el propio cáncer, que es con mucho el más frecuente.
2. Dolor causado por el tratamiento (v.g., dolor de la cicatriz postoperatoria, estomatitis postquimioterápica).
3. Dolor asociado con el estado de debilidad (v.g., estreñimiento, úlceras de decúbito).
4. Dolor no relacionado con el cáncer (v.g., dolores de la fascia muscular, osteoartritis).

Muchos enfermos con cánceres avanzados tienen simultáneamente más de uno de estos dolores. A veces hay múltiples dolores relacio-

58. AGENAS, I. et al.: *Analgetikaterapi for cancerpatienter. (Tratamiento analgésico de los enfermos de cáncer.)* Lakartidningen, 79: 287-289 (1982).
59. PORTER, J. y JICK, H.: *Addiction rate in patients treated with narcotics.* New England journal of medicine, 102: 123 (1980).
60. MARUTA, T. et al.: *Drug abuse and dependency in patients with chronic pain.* Mayo Clinic proceedings, 54: 241-244 (1979).
61. TENNANT, F. S. y RAWSON, R. A.: *Outpatient treatment of prescription opioid dependence.* Archives of internal medicine, 142: 1845-1847 (1982).
62. TENNANT, F. S. y UELMAN, G. F.: *Narcotic maintenance for chronic pain: medical and legal guidelines.* Postgraduate medicine, 73: 83-94 (1983).
63. TAUB, A.: *Opioid analgesics in the treatment of chronic intractable pain of non-neoplastic origin.* En: Kitahata, I. M. y Collins, D., ed. *Narcotic analgesics in anaesthesiology*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1982, pp. 199-208.
64. PORITSKY, R. y FOLEY, K. M.: *The use of opiates in chronic non-malignant pain.* Pain, 25: 171-186 (1986).
65. ROYNS, L. N. et al.: *How permanent was Vietnam drug addiction?* American journal of public health, 64: 38-43 (1974).
66. FOLEY, K. M.: *Pharmacologic approaches to cancer pain management.* En: Fields, H. L. et al.: ed. *Advances in pain research and therapy*, vol. 9, Nueva York, Raven Press, 1985, pp. 629-653.
67. KANNEB, R. M. y FOLEY, K. M.: *Patterns of narcotic drug use in cancer pain clinic.* En: *Research development in drug and alcohol use.* Nueva York, 1981 (Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 362), pp. 162-172.
68. TWYBROSS, R. G.: *Clinical experience with diacetylmorphine in advanced malignant disease.* International journal of clinical pharmacology, therapeutics and toxicology, 9: 184-198 (1974).
69. HOLDE, R. W. et al.: *Evaluation of analgesics in patients with cancer pain.* En: Lasagna, L., ed. *International encyclopedia of pharmacology and therapeutics. Section 6: Clinical pharmacology.* Nueva York, Pergamon Press, 1966, pp. 59-99.

LH

1-5

MÉTODO PARA ALIVIAR EL DOLOR EN EL CÁNCER

Organización Mundial de la Salud

Ginebra, 1987

En esta breve reseña se explican los principios en que se basa la evaluación de los enfermos de cáncer con dolores y se presenta una sencilla pauta para utilizar los medicamentos analgésicos, fruto de las deliberaciones de un grupo de expertos en tratamiento del dolor canceroso.

En todas las fases de su enfermedad, los enfermos de cáncer necesitan que se les libere del dolor. Este se observa en la tercera parte de los enfermos sometidos a tratamiento anticanceroso, pero en más de dos tercios de los que sufren la enfermedad en fase avanzada. En el cáncer, la base física del dolor comprende diversos mecanismos. Entre los aspectos psicológicos figuran la ansiedad, el miedo, la depresión y un estado de desesperación. El tratamiento tiene por objetivo aliviar el dolor a fin de que el enfermo pueda desempeñar bien sus actividades. A veces el alivio es completo, en especial cuando el enfermo está en reposo, pero en otras ocasiones el enfermo sigue teniendo molestias, sobre todo cuando se mueve (dolor incidente).

La terapéutica medicamentosa es la piedra angular del tratamiento de los dolores del cáncer. Los medicamentos resultan eficaces en un gran porcentaje de enfermos cuando se usan correctamente, es decir, aplicando el producto adecuado en la dosis y a los intervalos apropiados. Los medicamentos que aquí se estudian son los más utilizados en los dolores del cáncer. Aunque en estudios controlados de dosis única se ha comprobado la inocuidad y la eficacia de esos productos y de algunas de sus combinaciones, las pruebas sobre su empleo continuo se basan sobre todo en una vasta y bien documentada experiencia clínica. Algunos de estos productos son inasequibles en ciertos países; en tales casos, conviene utilizar en su lugar otros productos de la misma clase que tengan una eficacia analgésica análoga.

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN LOS ENFERMOS DE CÁNCER

Antes de tomar una decisión sobre el tratamiento, hay que determinar la causa del dolor. Lo primero que hay que hacer es estudiar la historia y las características del dolor y evaluar el estado físico y psicológico del paciente. Conviene hacer una historia detallada para precisar la localización y la distribución del dolor, sus características e intensidad, su continuidad o intermitencia, y los factores que lo exacerban o alivian. También hay que obtener información sobre la debilidad motriz, los déficits sensoriales, la movilidad y las disfunciones viscerales que pueda presentar el paciente.

A continuación hay que examinar cuidadosamente el estado físico general del paciente, la zona dolorosa y las partes correspondientes del sistema nervioso. En particular, el médico debe distinguir el dolor local del referido (v.g., en casos de afectación visceral), la afectación de nervios periféricos y la de plexos o de la médula espinal, el dolor somático del dolor de desafrenciación, y el dolor continuo del incidente. En el cáncer avanzado, el dolor incidente suele estar precipitado por los movimientos y se alivia con menos facilidad que el persistente. Si el dolor está relacionado con una fractura patológica o con un proceso agudo, habrá que considerar el tratamiento específico de esos estados. Cuando resulte apropiado y sea accesible, el tratamiento anticanceroso por radioterapia, quimioterapia o cirugía formará parte de la etapa inicial.

Las causas del dolor pueden agruparse bajo los siguientes epígrafes:

1. Dolor causado por el propio cáncer, que es con mucho el más frecuente.
2. Dolor causado por el tratamiento (v.g., dolor de la cicatriz postoperatoria, estomatitis postquimioterápica).
3. Dolor asociado con el estado de debilidad (v.g., estreñimiento, úlceras de decúbito).
4. Dolor no relacionado con el cáncer (v.g., dolores de la fascia muscular, osteoartritis).

Muchos enfermos con cánceres avanzados tienen simultáneamente más de uno de estos dolores. A veces hay múltiples dolores relacio-

Cuadro 1. Síndromes dolorosos

	Naturaleza del dolor	Posibles síntomas asociados
Huesos		
Vértebrae	Dolor insistente y sordo en la región cervical, torácica o lumbosacra con o sin síntomas radiculares.	Síntomas de compresión de la médula (debilidad, entumecimiento, disfunción intestinal o vesical)
Cráneo	Dolorimiento localizado. Dolor de cabeza.	Disfunción de los nervios craneales. Extensión intracraneal con síntomas del cerebro y/o del tronco cerebral.
Pelvis	Dolor insistente y sordo en el sacro o en las caderas o el pubis.	La extensión puede asociarse con alteraciones motrices, sensitivas o autonómicas del plexo sacro
Huesos largos	Dolor localizado en el sitio del tumor, pero que puede estar referido. Si se producen fracturas patológicas, el paciente puede tener dolor intenso al moverse.	Atrofia muscular por desuso. Hinchazón local y dolorimiento.
Nervios		
Neuropatía craneal o periférica	Dolor, embotamiento en el área de distribución de los nervios periféricos afectados. Dolor sordo, urente, a veces con crisis de dolor lancinante. Este dolor puede deberse a nocicepción, compresión nerviosa o ambos factores a la vez.	Parestesia, hiperestesia, disestesia. Afectación motriz. Alteraciones reflejas. Alteraciones autonómicas.
Plexopatía (braquial, lumbar, sacra)	Dolor referido en un miembro.	Alteraciones autonómicas.
Epidural compresión de la médula	Dolor localizado en un cuerpo vertebral, radicular o en banda.	Alteraciones sensitivas, motrices, o autonómicas; ataxia.
Carcinomatosis meníngea	Cefalea o dolor de espalda con irradiación a las extremidades inferiores.	Hipertensión intracraneal y confusión. Déficits sensitivo, motriz y autonómico.
Visceras		
Visceras huecas		
i) Torácicas	Dolor sordo e insistente referido a la pared torácica.	Disnea, tos.
ii) Abdominales	Dolor sordo e insistente referido a la pared abdominal.	Distensión abdominal, cólico.
Visceras macizas	Dolor de creciente intensidad, localizado en epigastrio o región paravertebral derecha o izquierda.	Ictericia, si se afecta el páncreas y/o el hígado.
Otros sitios		
Invasión de los tejidos blandos	Dolor en el sitio del tumor, hinchazón si la localización es superficial.	Varía con la localización del tumor.

nados con el cáncer y también puede haber un dolor causado por el cáncer junto con otro debido al tratamiento.

El dolor causado por el cáncer puede estar relacionado con:

1. Los huesos.
2. La compresión nerviosa.
3. La extensión a los tejidos blandos.
4. La afectación visceral.
5. La hipertensión intracraneal.
6. El espasmo muscular (secundario al dolor óseo).

Importa evaluar cuidadosamente el dolor del enfermo, ya que el tratamiento depende de la causa. En el cuadro 1 puede verse el tipo de dolor que aparece cuando el cáncer afecta a diferentes tejidos y estructuras, a la par que se detallan otros síntomas que también pueden presentarse.

ESTRATEGIA DEL TRATAMIENTO

Los enfermos de cáncer suelen experimentar muchos miedos y estados angustiosos. Algunos sufren fuertes depresiones. Los enfermos muy angustiados o deprimidos pueden necesitar un medicamento psicotrópico apropiado además de un analgésico. Si no se tiene en cuenta este hecho, el dolor puede seguir siendo rebelde.

Algunos dolores cancerosos responden mejor a una combinación de remedios medicamentosos y no medicamentosos. Cuando se puede recurrir a la radioterapia, por ejemplo, cabe la posibilidad de aplicarla en los casos de dolor óseo metastásico o de dolor por compresión de un cáncer localizado. Por otra parte, no todos los dolores responden igual a los analgésicos. El dolor causado por la lesión de un nervio o de la médula es superficial y de carácter urente (disestésico); denominado dolor de desafrenciación, por lo general no responde a los analgésicos ordinarios. Importa reconocer este tipo de dolor, para cuyo tratamiento suele ser útil asociar un medicamento antidepresor. El dolor de desafrenciación puede asociarse a un dolor intermitente de puñalada, que responde a los medicamentos anti-convulsivos. Puede haber signos neurológicos asociados, con o sin una zona de embotamiento (hipoestesia) en la región dolorosa. Los enfermos con dolor de desafrenciación suelen presentar un tipo mixto de dolor y, en presencia de dolores múltiples, suele ser necesario utilizar antidepresores y anticonvulsivos junto con los medicamentos analgésicos (cuadro 2).

USO DE ANALGÉSICOS

A la par que se evalúan la naturaleza y las causas del dolor, hay que iniciar el tratamiento con un analgésico apropiado. La decisión

Cuadro 2. Tipos de dolor y consecuencias terapéuticas

Tipo de dolor	Tratamiento
Somático (nociceptivo) espasmo muscular	Fisioterapia Diazepam Analgésicos no opiáceos
Distorsión de tejidos	Analgésicos
Compresión nerviosa	Analgésicos Corticosteroides Bloqueos nerviosos
Desafrenciación (destrucción nerviosa)	Antidepresores anticonvulsivos
	Opiáceos Corticosteroides Bloqueantes nerviosos Cordotomía
	Útiles a veces si hay lesión nerviosa periférica. Sin ninguna utilidad en caso de lesión medular.

Cuadro 3. Lista básica de medicamentos

Categoría	Med. de elección	Med. de reemplazamiento
No opiáceos	Aspirina	Paracetamol
Opiáceos débiles	Codeína	Dextropropoxifeno
Opiáceos potentes	Morfina	Metadona Petidina Buprenorfina Opió estandarizado Hidromorfona Levorfanol
Coadyuvantes anticonvulsivos	Carbamazepina	Fenitoína
Neurolépticos	Proclorperazina Haloperidol	Clozapina
Ansiolíticos	Diazepam Hidroxizina	
Antidepresores	Amitriptilina	
Corticosteroides	Prednisona	Desametasona

de utilizar métodos de tratamiento anticanceroso no impide emplear al mismo tiempo analgésicos. Hay que seleccionar un fármaco apropiado e iniciar inmediatamente el tratamiento. Los tres analgésicos principales son la aspirina, la codeína y la morfina. Importa conocer bien uno o dos tratamientos alternativos para aplicarlos a los enfermos que no toleran el fármaco de elección. A veces también es necesario prescribir uno o más medicamentos coadyuvantes (cuadro 3). El uso de analgésicos para tratar el dolor del cáncer se basa en dos conceptos clave: la administración *reloj en mano* y la *escalera analgésica*.



Figura 1. La escalera analgésica para el tratamiento del dolor en el cáncer.

Administración «reloj en mano»

Los analgésicos deben administrarse regularmente en función del grado del dolor, aumentando la dosis gradualmente hasta que el paciente se sienta a gusto. La dosis siguiente debe darse antes de que se haya desvanecido el efecto de la primera, con lo cual será posible aliviar continuamente el dolor.

«Escalera analgésica»

En el diagrama siguiente (figura 1), se muestra el uso secuencial de los medicamentos. El primer *peldaño* consiste en usar un medicamento no opiáceo. Si éste, en la dosis y con la frecuencia recomendadas, no alivia el dolor, habrá que añadir un medicamento del grupo de los opiáceos débiles. Si tampoco alivia el dolor la combinación del no opiáceo con el opiáceo débil, se utilizará un opiáceo potente. Puede obtenerse un alivio suplementario dando aspirina además del opiáceo, especialmente si el paciente tiene dolores óseos. Si hay indicaciones específicas se añadirán medicamentos coadyuvantes a los opiáceos y no opiáceos. No hay que usar al mismo tiempo más que un medicamento de cada grupo.

Si algún medicamento deja de ser eficaz, no se debe recurrir a otro de potencia análoga, sino prescribir un producto que sea claramente más potente.

ANALGÉSICOS NO OPIÁCEOS

La aspirina y el paracetamol son los dos analgésicos no opiáceos utilizados de ordinario en los casos de dolor leve o moderado. Estos compuestos tienen mecanismos de acción periféricos. La aspirina resulta especialmente útil en el dolor óseo metastático, cuando suele haber una elevada concentración local de prostaglandinas producidas por las células tumorales. La aspirina alivia el dolor al bloquear la biosíntesis de las prostaglandinas, pero también tiene efectos antiinflamatorios y antipiréticos. En los pacientes con dolores óseos que no toleran la aspirina hay que examinar la posibilidad de administrar algunos de los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos que se emplean en los procesos artríticos. En los pacientes con dolor que no es de origen óseo y que no toleran la aspirina, el medicamento alternativo preferible es el paracetamol. Los analgésicos no opiáceos también pueden ser eficaces para aliviar el dolor causado por:

1. Distensión mecánica del peritostio.
2. Compresión mecánica de tendones, músculos o tejido subcutáneo.
3. Compresión mecánica de la pleura o del peritoneo.

En el cuadro 4 se presentan algunos datos prácticos relativos a estos medicamentos.

Empleo de analgésicos no opiáceos

1. Para evitar los fenómenos alérgicos, hay que preguntar si el paciente tolera la aspirina y los compuestos afines.
2. Hay que administrar analgésicos no opiáceos regularmente *reloj en mano* para evitar que reaparezca el dolor.
3. Debe administrarse una cantidad adecuada del medicamento. Sin embargo, con estos medicamentos no se obtiene una analgesia su-

Cuadro 4. Medicamentos no opiáceos

Medicamento	Dosis propuesta	Efectos secundarios
Aspirina	250-1000 mg cada 4-6 horas	Molestias gastrointestinales Sangre en las heces
Nota:	Los efectos secundarios gástricos pueden atenuarse si se administra la aspirina con leche, cuando está el estómago lleno, o con antiácidos. La administración de más de 4 g/día sólo sirve para aumentar los efectos secundarios.	
Paracetamol	500-1000 mg cada 4-6 horas	Toxicidad hepática
Nota:	Utilícese con precaución en los pacientes con alteraciones hepáticas. La dosis total diaria será de 2-6 g.	

plementaria utilizando dosis superiores a las recomendadas (véase el cuadro 4).

4. Pueden utilizarse analgésicos no opiáceos solos o en combinación con medicamentos psicotrópicos u opiáceos.
5. Hay que averiguar si se producen efectos secundarios (como los descritos a continuación); si aparecen, se utilizará otro medicamento no opiáceo. Si esos efectos son rebeldes se examinará la posibilidad de administrar un opiáceo débil.

Efectos secundarios

1. **Efectos gastrointestinales.** Son los efectos secundarios más importantes. La aspirina puede lesionar la mucosa gástrica, provocando una gastritis erosiva y hemorragia gástrica. Los síntomas son ardor, dispepsia, náuseas y vómitos; los signos objetivos son anemia y pérdida de sangre por las heces. Esta sintomatología puede estar exacerbada por la quimioterapia anticancerosa concomitante.
2. **Efectos sobre la hemostasia y la coagulación.** La inhibición de la agregación plaquetaria prolonga el tiempo de hemorragia. A diferencia del paracetamol, la aspirina puede ejercer un efecto irreversible en las plaquetas que sólo desaparecerá cuando se formen otras nuevas.
3. **Hipersensibilidad.** Las manifestaciones clínicas de este síndrome relativamente raro pueden aparecer a los pocos minutos de la ingestión del medicamento. Comprenden desde una rinitis vasomotora con rinorrea profusa, edema angioneurótico, urticaria y asma bronquial hasta el edema laríngeo y la broncoconstricción con hipotensión, choque, inconsciencia y colapso vasomotor completo. Esta reacción puede producirse en respuesta a pequeñas cantidades de aspirina.

Administración

La *aspirina* se administra normalmente en forma de tabletas y debe tomarse después de las comidas o con un vaso de leche. En algunos países existen preparaciones solubles (v.g., preparaciones dispersables y amortiguadas) para los pacientes con disfagia, que también resultan menos irritantes para el estómago.

En la mayor parte de los países se dispone de diversas preparaciones del tipo de la aspirina (medicamentos antiinflamatorios no esteroideos). Algunas de ellas deben tomarse sólo una o dos veces al día. Los pacientes que no pueden tomar aspirina pero que quizá respondan a algún medicamento antiinflamatorio pueden tolerar bien una de estas preparaciones de reemplazamiento.

El *paracetamol* puede obtenerse en forma de elixir, jarabe o solución, pero en general se administra en tabletas.

Cuando un medicamento no opiáceo (con o sin coadyuvantes) deja de ser eficaz contra el dolor, habrá que combinar su administración con la de un analgésico opiáceo débil.

ANALGÉSICOS OPIÁCEOS DÉBILES

Los opiáceos débiles más importantes son la codeína y el dextropropoxifeno. La codeína constituye el fármaco de elección, pero el

dextropropoxifeno representa una útil solución alternativa. Ambos fármacos se administran por vía oral. El principal efecto secundario es el estreñimiento, que puede evitarse recurriendo a un laxante (v.g. sen). A veces se presentan náuseas y vómitos. Aunque pueden producirse tolerancia y dependencia físicas, esa eventualidad no plantea un problema usual con esos medicamentos cuando se utilizan para tratar el dolor.

Codeína

Una dosis oral de 30 mg de codeína ejerce un efecto analgésico equivalente al de 650 mg aspirina, aproximadamente. Cuando se combinan los dos fármacos, el efecto analgésico iguala o excede al de 60 mg de codeína. Por supuesto, la codeína puede utilizarse sola.

Dosis oral propuesta (fosfato de codeína en asociación con aspirina o paracetamol): 30-130 mg de codeína con 500 mg de paracetamol o 250-500 mg de aspirina cada 4-6 horas.

Dextropropoxifeno

Repetiendo la administración oral cada 6 horas se alcanza un estado de equilibrio a los 2-3 días. Las dosis elevadas pueden producir efectos en el sistema nervioso central, tales como alucinaciones o confusión.

Dosis propuesta: 50-100 mg de dextropropoxifeno en combinación con 250-600 mg de aspirina o 500 mg de paracetamol ejercen un efecto analgésico superior al de cada compuesto administrado aisladamente. El medicamento puede obtenerse en forma de clorhidrato y de napsilato de propoxifeno; 100 mg de napsilato equivalen a 65 mg de clorhidrato.

Cuando el dolor ya no responde a un opiáceo débil combinado con aspirina o paracetamol (y, si es necesario, con un coadyuvante), habrá que administrar al paciente un opiáceo potente.

ANALGÉSICOS OPIÁCEOS POTENTES

Consideraciones generales

Los analgésicos opiáceos potentes son la piedra angular del tratamiento de los dolores moderados e intensos del cáncer, pues son fáciles de administrar y, utilizados adecuadamente, proporcionan un alivio eficaz del dolor en la mayoría de los casos. En la actualidad se utilizan sobre una base empírica. El empleo seguro y racional de los opiáceos requiere un buen conocimiento de su farmacología clínica.

El empleo de analgésicos opiáceos potentes se asocia a la aparición de dependencia física y de tolerancia. Estos fenómenos son respuestas farmacológicas normales al uso continuo de dichos medicamentos. La dependencia física se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia cuando se interrumpe bruscamente el tratamiento. La tolerancia se caracteriza por una disminución de la eficacia en los casos de administración repetida y puede obligar a aumentar la dosis para mantener el efecto analgésico. La dependencia física y la tolerancia no limitan la capacidad del médico para utilizar eficazmente estos medicamentos.

La dependencia psicológica es un fenómeno de comportamiento que se caracteriza por deseo vehemente del fármaco y un ansia agobiante por obtenerlo. La preocupación excesiva por la dependencia psicológica («adicción») lleva a los médicos y enfermeras a utilizar los analgésicos opiáceos en dosis insuficientes. La vasta experiencia clínica acumulada demuestra que la dependencia psicológica es muy rara, por no decir inexistente, en los enfermos de cáncer con dolor crónico tratado con esos medicamentos. En los cancerosos, el dolor es un síntoma importante que puede y debe ser tratado.

Conviene subrayar también que el empleo continuo de morfina oral puede suspenderse si se logra actuar eficazmente sobre la causa del dolor mediante la terapéutica anticancerosa (v.g., radioterapia o quimioterapia). La dosis debe reducirse gradualmente, a ser posible en un plazo de tres o más semanas, con lo que se evitan los síntomas de abstinencia.

Para utilizar eficazmente estos medicamentos han de tenerse en cuenta muchos factores, entre los que cabe citar la edad del paciente, su estado de nutrición y la extensión de la enfermedad (en particular, la afectación del hígado y de los riñones). En los ancianos deben utilizarse dosis más bajas a causa de las variaciones en la farmacodinamia de los medicamentos y de la mayor intensidad de la respuesta. También en los pacientes malnutridos hay que emplear dosis iniciales más bajas, pues la malnutrición altera la composición y las funciones corporales. Como la respuesta varía según cada paciente, importa seleccionar el medicamento más apropiado y administrarlo por la vía más sencilla en una dosis individualizada. Aunque es preferible la administración oral, en ciertas situaciones hay que administrar el fármaco por vía sublingual, rectal o parenteral.

La dosis normalmente recomendada ha de adaptarse a las necesidades individuales. Éstas dependen de la intensidad del dolor, determinada antes de administrar la medicación analgésica, y de la distribución y disponibilidad del fármaco en el organismo.

Estas últimas pueden estar alteradas por enfermedades intercurrentes, que quizá obliguen a empezar con una dosis inicial más baja, aumentándola o disminuyéndola luego según las necesidades del paciente.

Los analgésicos opiáceos más potentes se metabolizan sobre todo en el hígado, por lo que su eliminación depende de la función de éste. Varias enfermedades tropicales cursan con disfunción hepática. La afectación del hígado no contraindica el uso de opiáceos; a diferencia de lo que ocurre con las dosis elevadas de paracetamol y de ciertos medicamentos coadyuvantes, no se ha visto que los analgésicos opiáceos sean hepatotóxicos. Ahora bien, hay que utilizarlos con cautela en los enfermos con una disfunción hepática concomitante. En los casos de cirrosis hepática se ha visto que la biodisponibilidad oral (fracción de la dosis oral que llega a la circulación general) de la petidina y del dextropropoxifeno está aumentada. Al mismo tiempo, el volumen de sangre aclarado por unidad de tiempo desciende y la duración del efecto del fármaco aumenta. Esto puede hacer que se acentúen los efectos y los efectos secundarios a dosis relativamente bajas.

Con pocas excepciones, los metabolitos de casi todos los fármacos se excretan por el riñón. La disfunción renal provoca así una acumulación de metabolitos, alguno de los cuales puede tener efectos tóxicos. La petidina, por ejemplo, se metaboliza en norpetidina, que puede causar mioclonias y convulsiones cuando la concentración es elevada; su empleo está contraindicado por ello en los enfermos con una disfunción renal grave.

Algunas enfermedades hepáticas y renales cursan con bajas concentraciones de albúmina, que pueden reducir la fijación de proteínas plasmáticas y, por consiguiente, aumentar la sensibilidad a los medicamentos analgésicos, en particular la aspirina. También la malnutrición acentuada puede alterar la respuesta a esos medicamentos, así como la distribución y disponibilidad en el organismo de los mismos. La falta de datos sobre su efecto en los enfermos malnutridos obliga a utilizarlos con precaución. En cualquier caso, la malnutrición no contraindica su empleo.

Uso de analgésicos opiáceos potentes

Morfina por vía oral. Los analgésicos opiáceos deben administrarse en una forma aceptable. La vía preferible es la oral, porque evita al enfermo las molestias de las inyecciones, además de preservar su independencia, ya que no tiene que contar con un tercero para administrarle la dosis siguiente.

La morfina puede administrarse en forma de una sencilla solución acuosa de sulfato (o clorhidrato) más o menos concentrada (v.g., desde 1 mg hasta 20 mg de sulfato de morfina por ml). Es indispensable un agente conservador antimicrobiano, sobre todo en los climas cálidos. Como es un producto amargo, algunos pacientes prefieren tomar el medicamento con una bebida para enmascarar el sabor. La solución debe conservarse en una botella oscura, que se mantendrá en un sitio fresco al abrigo de la luz solar. La morfina también puede prepararse en forma de jarabe.

En algunos países se dispone de tabletas de efecto prolongado

Cuadro 5. Analgésicos opiáceos potentes administrados por vía oral o sublingual: dosis iniciales

Medicamento	Dosis de comienzo típicas	
Morfina	5-10 mg	} vía oral
Metadona	5-10 mg	
Petidina	50-100 mg	
Buprenorfina	0,2-0,4 mg	vía sublingual

dosificadas entre 10 y 100 mg. La dosificación más corriente es 30 mg. Estas tabletas se administran solamente cada 8-12 horas. La selección de la dosis inicial suele ser más difícil que con otras formas farmacéuticas, y también es más probable que se produzcan efectos secundarios por acumulación.

La dosis analgésica eficaz de morfina varía mucho entre 5 mg y más de 200 mg. En muchos enfermos se puede controlar bien el dolor con dosis de 5-30 mg cada 4 horas. No obstante, la dosificación depende mucho del enfermo a causa de las grandes variaciones individuales de la biodisponibilidad del fármaco; la dosis apropiada es la que surte efecto. El medicamento debe administrarse *relax in mano* y no sólo cuando el paciente aqueja dolores. El empleo de la morfina está condicionado por la intensidad del dolor y no por la brevedad del pronóstico.

Instrucciones al paciente. Hay que insistir en la necesidad de administrar regularmente el medicamento cada 4 horas. La primera y la última dosis del día se le administrarán al despertarse y al acostarse. Las dosis intermedias se administrarán de preferencia a las diez de la mañana, las dos y las seis de la tarde, con lo que se obtendrá un equilibrio óptimo entre la duración del efecto analgésico y la intensidad de los efectos secundarios. Lo ideal es *dar por escrito* la pauta de administración del medicamento al enfermo y a sus familiares, precisando los nombres de los fármacos, el motivo que lleva a utilizarlos (por ejemplo, *para el dolor, para los intestinos*) la dosis (número de ml, número de tabletas) y el número de veces al día. También hay que indicar al paciente los posibles efectos secundarios iniciales.

Elección de la dosis de comienzo (véase también el cuadro 5). La dosis inicial de sulfato de morfina depende principalmente de la medicación previa administrada. Cuando el paciente ha recibido previamente un opiáceo débil (v.g., codeína o dextropropoxifeno) puede bastar una dosis inicial de 5 mg, aunque muchos enfermos requieren 10 mg y a veces más.

Si el paciente se encuentra muy soñoliento después de la primera dosis y no siente dolor, la segunda dosis debe reducirse a la mitad. Si, a las 24 horas de la medicación, la analgesia es insuficiente, la dosis inicial se aumentará en un 50%. Entre tanto, podrá repetirse la dosis inicial a intervalos menores de 4 horas para evitar el dolor excesivo.

El paciente debe ser objeto de una evaluación a las 24 y 72 horas, de preferencia por el médico. Si el alivio del dolor no es suficiente o el medicamento produce efectos secundarios inaceptables, se ensayará otro opiáceo potente. A veces, el enfermo presenta un tipo de dolor rebelde a los opiáceos, en cuyo caso habrá que plantearse la posibilidad de aplicar otras medidas no medicamentosas (v.g., bloqueos nerviosos) si se dispone de ellas. A veces el dolor tiene un pronunciado componente psicológico y puede estar indicado un fármaco ansiolítico o antidepresor. Si ningún tipo de tratamiento produce alivio, habrá que buscar otros factores que puedan contribuir al dolor aquejado por el paciente.

Administración nocturna. El medicamento debe administrarse durante la noche, o en mayor dosis a la hora de acostarse, a fin de mantener el nivel plasmático dentro del margen de eficacia. Si al acostarse se aumenta la dosis en un 50% o 100%, muchos enfermos no necesitarán que se les administre otra dosis durante la noche.

Los pacientes que requieren 60 mg o más de morfina suelen necesitar una dosis nocturna para no despertarse con dolor al final de la noche.

Control de los efectos secundarios

Náuseas. Si el paciente sufre náuseas cuando se inicia el tratamiento, éste se acompañará de un medicamento antiemético, como la proclorperacina (5-10 mg cada 8 horas, subiendo luego a cada 4 horas) o metoclopramida (10 mg cada 8 horas, subiendo luego a cada 4 horas). Otro medicamento útil es el haloperidol (1-2 mg al día).

Si el paciente vomita, puede ser necesario administrar el antiemético por vía intramuscular, posiblemente durante 2 días. Si el paciente no tiene náuseas, conviene en general prever una reserva de antiemético para 4 días, a fin de administrarlo profilácticamente o según las necesidades con miras a evitar que se inicien náuseas o vómitos.

Embotamiento. Hay que informar al paciente de que puede sentirse embotado al principio, pero que el embotamiento desaparecerá a los 3-5 días de recibir una dosis constante.

Confusión. A los pacientes mayores hay que advertirles que pueden encontrarse *atontados* a veces durante los primeros días, pero que no deben interrumpir el tratamiento.

Vértigos/inestabilidad. Lo mismo que para la confusión.

Estreñimiento. Casi todos los pacientes se estreñen a menos que hayan sufrido una colostomía o tengan esteatorrea. Cuando se inicia la administración de morfina debe prescribirse un laxante, que se dará a ser posible por la noche. También, si es posible, deben adoptarse medidas dietéticas. *El estreñimiento puede ser más difícil de vencer que el dolor.*

En la mayoría de los pacientes el estreñimiento responde a la administración regular de sen. Como en el caso de la morfina, la dosis debe adaptarse al individuo hasta que se obtenga un resultado satisfactorio. La dosis inicial corriente de sen consiste en dos tabletas del producto estandarizado administradas al acostarse, pero puede aumentarse hasta dos tabletas de dos a tres veces al día o más si es necesario. Algunos enfermos pueden necesitar otro laxante como complemento o en reemplazamiento del sen. Si el paciente está muy estreñido cuando se prescribe por primera vez un opiáceo, importa empezar por prescribir supositorios o un enema.

Intolerancia a la morfina. En una minoría de los enfermos puede haber vómitos intermitentes persistentes por retraso del vaciamiento gástrico. Algunos pacientes experimentan una pronunciada sedación persistente. En raros casos un enfermo puede presentar síntomas psicóticos o síntomas relacionados con la liberación de histamina (prurito, broncoconstricción). A estos enfermos hay que administrarles otro opiáceo potente en reemplazamiento de la morfina (véase el cuadro 5).

Analgésicos opiáceos potentes de reemplazamiento

En la mayor parte de los enfermos que necesitan un opiáceo potente, la morfina resulta a la vez eficaz y aceptable, por lo que es el medicamento de elección. Cuando un paciente parece presentar una intolerancia persistente a la morfina hay que buscar otro fármaco que sea químicamente distinto con la esperanza de que no provoque el efecto secundario.

La **metadona** es un analgésico opiáceo sintético que ejerce efectos generalmente análogos a los de la morfina y que se absorbe bien por cualquier vía de administración. Por vía oral, su potencia es aproximadamente la mitad que cuando se administra por inyección subcutánea o intramuscular. Su acumulación en la sangre suele provocar problemas, especialmente en los sujetos debilitados y ancianos. La analgesia y los efectos secundarios máximos no se observan hasta pasados 4-14 días de su empleo. En una sola dosis, la metadona es marginalmente más potente que la morfina pero en dosis repetidas es varias veces más potente. Su margen analgésico eficaz es el mismo que el de la morfina. Por lo general tiene un efecto más prolongado que la morfina y la analgesia útil dura unas 6-8 horas. Los efectos de la metadona, como los de la morfina, no tienen un *techo* evidente.

Con la metadona hay que tener más cuidado que con la morfina, sobre todo al principio, cuando aún no se ha evaluado bien la res-

puesta del enfermo. Todavía hay que tener más cuidado cuando se administran al mismo tiempo medicamentos psicotrópicos.

La metadona *no* debe usarse:

- En los viejos o en los casos de demencia.
- En los sujetos con síntomas de confusión.
- En los enfermos con una insuficiencia respiratoria, hepática o renal importante.

Un antibiótico antituberculoso, la rifampicina, acelera el metabolismo de la metadona y puede a veces precipitar los síntomas de abstinencia.

La **petidina** es un analgésico opiáceo de síntesis cuyos efectos son en general análogos a los de la morfina. También ejerce efectos atropínicos. Su potencia por vía oral es tres veces menor que por inyección subcutánea o intramuscular. Aproximadamente es ocho veces menos potente que la morfina. A veces no es tan eficaz como la morfina para aliviar el dolor intenso, pero a dosis altas es mucho más eficaz que la codeína. Por lo general tiene un efecto más breve que el de la morfina, y la analgesia útil dura 3-4 horas.

La petidina *no* reemplaza por completo a la morfina. A veces es necesario administrarla cada 3 horas en los cancerosos con dolores intensos a causa de su acción más breve. Las dosis igualmente analgésicas de petidina y de morfina producen una incidencia análoga de efectos secundarios (vómitos o depresión del centro respiratorio).

Con la petidina, la incidencia de alteraciones del sistema nervioso central (v.g., temblor, espasmos, agitación y convulsiones) aumenta considerablemente a dosis de más de 200 mg cada 3 horas. La petidina *no* debe administrarse a los enfermos con función renal alterada, pues están más expuestos a sufrir efectos secundarios en el sistema nervioso central. El fenobarbital y la clorpromacina aumentan la toxicidad de la petidina.

La **buprenorfina** es un potente analgésico opiáceo que representa a un grupo de opiáceos denominados agonistas-antagonistas mixtos. Esta clase de medicamentos constituye una novedad, por lo que la experiencia adquirida es más limitada que con los fármacos clásicos. *No hay que utilizarlos con otros analgésicos opiáceos* pues pueden invertir el efecto analgésico. El efecto de la buprenorfina tiene un *techo*; así pues, la buprenorfina *no* puede considerarse completamente como un fármaco de reemplazamiento de la morfina.

Sus efectos morfínicos son máximos con una dosis intramuscular de 1 mg aproximadamente. El efecto se inicia al cabo de unos 30 minutos y alcanza su nivel máximo a las 3 horas (morfina, 1-2 horas). La duración del efecto útil es de unas 6-9 horas (morfina, 4-5 horas). En muchos enfermos se obtiene un control del dolor satisfactorio administrando el fármaco cada 8 horas. *La buprenorfina debe tomarse por vía sublingual.*

Los efectos subjetivos y psicológicos son generalmente análogos a los de la morfina pero, a diferencia de ésta, al aumentar la dosis se provoca disforia. Comparada con la morfina oral, la buprenorfina sublingual es unas 60-80 veces más potente. En los pacientes cuyo dolor deja de responder a la buprenorfina hay que reemplazarla por sulfato de morfina oral. En este caso, la dosis inicial de morfina se determinará multiplicando por 100 la dosis diaria total de buprenorfina que se estaba administrando. Esta dosis diaria total debe convertirse en una pauta apropiada de administración de morfina cada 4 horas. Los estudios realizados demuestran que la buprenorfina tiene menos potencial de dependencia que la codeína.

Otros opiáceos potentes

En algunos países pueden faltar algunos de los opiáceos mencionados pero, en cambio se dispone de otros opiáceos potentes, la mayoría de los cuales pueden reemplazar a la morfina oral. Los siguientes pueden resultar satisfactorios:

El **opio estandarizado** es prácticamente morfina diluida. El contenido de morfina varía de unos países a otros pero, en general, corresponde a un 10% del peso del polvo de opio. El médico debe determinar cuál es el contenido de morfina en su país. En algunos países el opio se asocia a la aspirina en forma de tableta de dosis fija.

La *hidromorfona* es seis veces más potente que la morfina. La duración de su efecto es de unas 3 horas. La dosis usual de comienzo consiste en 1 mg por vía intramuscular o 4-8 mg por vía oral.

El *levorfanol* es cinco veces más potente que la morfina oral y alivia el dolor durante 4-6 horas. Al igual que la metadona, puede acumularse en la sangre y producir sedación al repetir la dosis. La dosis normal de comienzo consiste en 1-2 mg por vía intramuscular o 2-4 mg por vía oral.

Otras vías de administración para los opiáceos

Administración rectal. La morfina puede administrarse por el recto, por esta vía es tan eficaz como por la boca. La vía rectal puede ser útil en los enfermos que vomitan o que están demasiado postrados para admitir la medicación oral. En algunos países se dispone de supositorios dosificados entre 10 y 60 mg.

Cuando no se disponga de supositorios podrá administrarse la morfina por enema, diluyendo la dosis en 10-20 ml de agua. También el opio y la hidromorfona pueden administrarse por el recto.

Inyección subcutánea o intramuscular. En los pacientes que no pueden tomar analgésicos opiáceos por vía oral o rectal se deben utilizar las vías subcutánea o intramuscular. La morfina, la metadona y la buprenorfina se prestan a la administración subcutánea, mientras que la petidina debe administrarse por inyección intramuscular profunda. La dosis parenteral de morfina y de petidina debe ser aproximadamente 1/3-1/2 de la dosis oral que hasta entonces había resultado satisfactoria. En el caso de la metadona hay que reducir la dosis a la mitad, mientras que con la buprenorfina la dosis no varía.

Cuando se pasa de la vía oral a la parenteral, la dosis se establecerá en función de la respuesta analgésica del paciente, toda vez que las recomendaciones dadas se basan principalmente en estudios de analgesia con una sola dosis. El opio, la hidromorfona y el levorfanol pueden administrarse también por vía parenteral.

Administración intravenosa. Los opiáceos pueden administrarse intravenosamente por inyección en un solo tiempo o por perfusión continua. Sin embargo, es preferible mantener el tratamiento por vía oral.

Administración epidural e intratecal. Estos nuevos métodos de administración se han ideado con miras a aliviar selectivamente el dolor y reducir al mínimo los efectos secundarios. Ambos requieren personal con experiencia en cateterización. Así como material especial. Aun siendo eficaces, su función en el tratamiento del dolor canceroso es objeto de controversias.

MEDICAMENTOS COADYUVANTES

Consideraciones generales

Los medicamentos coadyuvantes comprenden una serie de compuestos de diferente estructura química que se utilizan para tratar el dolor del cáncer con dos finalidades:

- Suprimir ciertos tipos concretos de dolor; o
- mejorar otros síntomas que suelen aparecer en los enfermos de cáncer.

Antes de dar cualquier norma sobre el empleo de estos medicamentos en el tratamiento del dolor canceroso hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Los fármacos utilizados se han ideado y fabricado con fines clínicos distintos del alivio del dolor.
- No se dispone de estudios controlados sobre su empleo para combatir el dolor canceroso.
- El uso adecuado de estos medicamentos para aumentar la analgesia o tratar los efectos secundarios dependen de una evaluación cuidadosa de los síntomas y signos clínicos del enfermo.
- Los medicamentos coadyuvantes no deben prescribirse en forma rutinaria. La elección del fármaco está siempre dictada por las

Cuadro 6. Medicamentos coadyuvantes

	Efecto analgésico	Efecto anti-depresor	Efecto ansiolítico	Efecto relajante muscular	Efecto anti-emético	Efecto anti-confusional
Anticonvulsivos						
Carbamazepina	++					
Fenitoína	++					
Psicotrópicos						
Proclorperazina			+			+
Clopromazina			+	(+)		+
Haloperidol			+			+
Hidroxicina	+		+			+
Diazepam			+	+		
Amitriptilina	++	+	(+)			
Corticosteroides						
Prednisolona	++	(+)				
Dexametasona	++	(+)				

⁺ Con frecuencia útil en el dolor lancinante (dolor de lanzada o puñalada).

⁺ Con frecuencia útil en el dolor diséptico (quemazón superficial).

⁺ Con frecuencia útil en la compresión nerviosa, la compresión medular o la hipertensión intracraneal.

necesidades del individuo enfermo. Entre los medicamentos utilizados para tratar tipos concretos de dolor figuran anticonvulsivos, antidepresores y corticosteroides. Los medicamentos empleados para mejorar los síntomas comprenden neurolepticos, ansiolíticos y antidepresores (cuadro 6).

El uso simultáneo de dos medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central (v.g., morfina y un compuesto psicotrópico, o bien dos compuestos psicotrópicos) suele producir un mayor efecto sedante en los enfermos de cáncer postrados y malnutridos que en los demás. En los cancerosos con dolor, las dosis iniciales de medicamentos psicotrópicos deben ser más bajas, por lo general, que las utilizadas de ordinario en los pacientes físicamente sanos.

Anticonvulsivos

La fenitoína y la carbamazepina son fármacos cuyos mecanismos de acción comprenden la supresión de las descargas neuronales espontáneas. Han sido utilizados eficazmente para tratar ciertos dolores neurológicos como la neuralgia del trigémino. En el cáncer la carbamazepina es útil para tratar el componente lancinante del dolor de desafrenciación.

La dosis inicial de *carbamazepina* es de 100 mg diarios y puede aumentarse a razón de 100 mg cada 3-4 días hasta un máximo de 400 mg y hasta 500-600 mg. Los principales efectos secundarios son las náuseas, los vómitos, la ataxia, los vértigos, la somnolencia y la confusión. Todos ellos pueden reducirse al mínimo elevando lentamente la dosis y vigilando estrechamente al enfermo. Los cancerosos están más expuestos a sufrir leucopenia si han estado sometidos recientemente a quimioterapia. La dosis de *fenitoína* debe empezar por 100 mg diarios, pudiendo aumentarse gradualmente a razón de 25-50 mg hasta llegar a una dosis total que no pase de 250-300 mg al día. Al cabo de 1-2 semanas se alcanza el estado de equilibrio. Los efectos secundarios, análogos a los observados con la carbamazepina, suelen ser leves y rara vez perturban el tratamiento.

Neurolepticos

La *clorpromazina* no es un analgésico y no aporta una analgesia suplementaria cuando se combina con un opiáceo. Por su acción sobre la ansiedad, puede ser útil para reducir este fenómeno que exacerba el dolor. También tiene propiedades antieméticas y antipsicóticas. Entre los efectos secundarios cabe citar la hipotensión, la visión borrosa, la sequedad de boca, la taquicardia, la retención urinaria, el estreñimiento y los efectos extrapiramidales. La dosis es de 10-25 mg por vía oral cada 4-8 horas.

La *prochlorperazina* se utiliza como antiemético. La dosis es de 5-10 mg por vía oral cada 4-8 horas. Existen preparaciones parenterales y supositorios.

El *haloperidol* se utiliza mucho para tratar las psicosis agudas y, en los enfermos de cáncer, los estados de agitación confusional. Es un antiemético más potente que la clorpromazina y menos sedante, siendo menores sus efectos anticolinérgicos y cardiovasculares. La dosis de comienzo propuesta es de 1 mg por vía oral una o dos veces al día.

Para tratar los síntomas psiquiátricos se utilizan dosis bastante mayores (hasta 10 mg 2-3 veces al día).

Ansiolíticos

El *diazepam* se utiliza de ordinario para tratar la ansiedad aguda y el pánico. La ansiedad es un fenómeno frecuente en los enfermos con dolor, pero con frecuencia disminuye cuando se suprime éste. El *diazepam* no aporta una analgesia suplementaria cuando se combina con un opiáceo; en cambio, es útil para tratar dolores causados por espasmo muscular. Entre sus efectos secundarios figuran el embotamiento, la hipotensión postural y la hipotonía muscular.

Dosis: la dosis usual de comienzo es de 5-10 de *diazepam*. Puede administrarse por vía oral, rectal o parenteral. El tratamiento de mantenimiento puede ir desde 2-10 mg al acotarse hasta 10 mg 2-3 veces al día, según las necesidades individuales.

La *hidroxyzina* tiene efectos ansiolíticos, antiestaminicos, antiespasmódicos y antieméticos. Combinada con la morfina puede ejercer un efecto analgésico suplementario. Los efectos secundarios comprenden sedación, hiperexcitabilidad y miotonías multifocales.

Dosis: desde 10 mg tres veces al día hasta 25 mg cada 4 horas y a veces más.

Antidepresores

En los cancerosos con dolor se utilizan antidepresores para tratar la depresión concomitante. Hasta en el 25 % de los enfermos de cáncer se observa una depresión apreciable. También se utilizan antidepresores para aliviar el dolor disestésico de desafrenciación. En este caso, los antidepresores —en particular la amitriptilina— producen efectos analgésicos a dosis inferiores a las usadas para tratar la depresión. La amitriptilina tiene también un efecto hipnótico que ayuda al enfermo a dormir mejor.

La dosis inicial de amitriptilina varía entre 10 y 25 mg, administrados de una sola vez en el momento de acostarse. Aumentando la dosis lentamente hasta 50-75 mg suele obtenerse una reducción del dolor de desafrenciación y una mejoría del sueño. En los pacientes con depresión grave pueden ser necesarias dosis diarias de hasta 150-200 mg. Los efectos secundarios comprenden sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, atolondramiento y confusión. En raros casos, el fármaco puede provocar un estado de hiperexcitabilidad. La amitriptilina está contraindicada en el glaucoma.

Corticosteroides

Los corticosteroides pueden utilizarse como analgésicos coadyuvantes para mejorar el estado de ánimo y estimular el apetito. Dada la presencia de efectos antiinflamatorios, resultan útiles para aliviar el dolor causado por compresión nerviosa o medular, la cefalea de la hipertensión intracraneal y también los dolores óseos. Son eficaces tanto la prednisona como la dexametasona; 1 mg de ésta equivale a 7 mg de prednisona.

La dosis depende del cuadro clínico. En el dolor causado por compresión nerviosa deben prescribirse 10 mg de prednisona tres veces al día o 4 mg de dexametasona diarios; al cabo de 7-10 días se puede pasar a una dosis de mantenimiento más baja. A veces se necesita una dosis más elevada para obtener un resultado apreciable. En la hipertensión intracraneal resulta apropiada una dosis inicial de 4 mg de dexametasona administrada cuatro veces al día; al cabo de 7-10 días quizá sea posible pasar a una dosis de mantenimiento más baja. En la compresión de la médula se han utilizado incluso dosis más altas en algunos centros (hasta 100 mg diarios para empezar, descendiendo luego a 16 mg durante la radioterapia).

Los efectos secundarios comprenden edema, síntomas dispépticos y, a veces, hemorragia gastrointestinal. También pueden observarse miopatía proximal, agitación, hipomanía e infecciones oportunistas. La incidencia de efectos secundarios gastrointestinales puede aumentar si se combinan los corticosteroides con medicamentos del tipo de la aspirina.

RESUMEN

1. El dolor del cáncer puede y debe tratarse.
2. Hay que empezar por hacer una historia clínica detallada y examinar cuidadosamente al paciente, excluyendo cualquier proceso agudo que requiera un tratamiento específico.
3. Los medicamentos suelen proporcionar un alivio satisfactorio siempre que se utilice el fármaco adecuado y se aplique en la dosis y a los intervalos apropiados.
4. En los casos de dolor persistente los medicamentos se administrarán *relaxando la mano* y no cuando haga falta.
5. En caso de dolor leve o moderado, se prescribirá un medicamento no opiáceo y se ajustará la dosis al nivel óptimo (véase el cuadro 4). Si es necesario se utilizará también un medicamento coadyuvante.
6. En caso de que este tratamiento no sea eficaz para aliviar el dolor o haya dejado de serlo, se prescribirá un opiáceo débil además del medicamento no opiáceo, junto con un coadyuvante si se considera apropiado.
7. En caso de que estos medicamentos no sean eficaces para aliviar el dolor o hayan dejado de serlo, se prescribirá al paciente un opiáceo potente, junto con un medicamento coadyuvante no opiáceo si se considera apropiado.
8. Hay que vigilar al paciente con la mayor frecuencia posible para cerciorarse de que el tratamiento sigue neutralizando el dolor y reducir al mínimo los efectos secundarios.

LH

I-6

TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO AMBULATORIO

Lloret Maya, A. M.^a

Farmacéutico colaborador. Servicio de Farmacia

Buisán Espeleta, L.

Médico Jefe de Servicio. Servicio de Anestesia

Gutiérrez Díaz, M.^a A.

Médico Adjunto. Servicio de Anestesia

Janariz Roldán, J.

Médica Adjunta. Servicio de Oncología

Velázquez Prieto, M.^a M.

Farmacéutico Jefe de Servicio. Servicio de Farmacia

Hospital Cruz Roja. L'Hospitalet de Llobregat

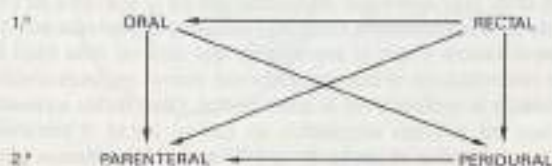
Programa del Hospital Cruz Roja de L'Hospitalet de Llobregat de atención a pacientes con neoplasia en fase terminal, basado en el tratamiento del dolor crónico mediante analgésicos opiáceos.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una causa importante de mortalidad en los países desarrollados, con índices del 20%. En el 40% de los pacientes con cáncer aparece dolor en estadios intermedios de la enfermedad y el 85% de los pacientes en fase final sufre dolor crónico intenso.

Consideramos que existen varias premisas a tener en cuenta en el tratamiento del dolor:

1. Anteponer siempre los procedimientos más simples y menos invasivos a los más complejos y agresivos.
2. El tratamiento con analgésicos debe efectuarse de forma regular, con objeto de prevenir el dolor, ya que el tratamiento a demanda del paciente requiere siempre mayores dosis.
3. Utilizar en primera instancia analgésicos no narcóticos, que actúan a nivel de los receptores periféricos, y, ante el fracaso de éstos, administrar los analgésicos opiáceos, que actúan a nivel central modificando la sensación dolorosa.
4. La indicación de los opiáceos en un paciente afecto de cáncer ha de determinarse en función de la intensidad del dolor y no por la expectativa de vida.
5. Como vía de administración debe escogerse aquella que permita la máxima movilidad del paciente, según el siguiente esquema de prioridades:



En nuestro hospital se ha desarrollado un programa de atención a pacientes con neoplasia en fase terminal, basado en el tratamiento del dolor crónico mediante analgésicos opiáceos, el cual incluye un control terapéutico de los enfermos ambulatorios que periódicamente acuden a la Unidad de Analgesia (constituida por los Servicios de Oncología y Anestesia) y un seguimiento paralelo por parte del Servicio de Farmacia, encargado de la dispensación de los fármacos.

Para ello, en su día fue solicitada autorización al «Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya», quien aprobó la dispensación controlada de estupefacientes a enfermos en régimen ambulatorio incluidos en nuestro programa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Morfínoterapia

Los pacientes tratados en la Unidad de Analgesia son enfermos con procesos neoplásicos avanzados que sufren dolor crónico intenso que no cede al tratamiento con analgésicos no opiáceos habituales.

En función del grado de dolor, la terapia con morfina se realiza por vía oral, parenteral o peridural. Para ello, se dispone en el Servicio de Farmacia de las preparaciones siguientes:

- Vía oral: Solución analgésica 20 mg (Brompton 20).
- Vía parenteral: Cloruro mórfico amp. 10 mg/1 ml.
- Vía peridural: Cloruro mórfico amp. 3 mg/3 ml - Cloruro mórfico amp. 4 mg/4 ml - Cloruro mórfico amp. 5 mg/5 ml.

La administración por vía parenteral se ha efectuado subcutáneamente en el 95% de los enfermos. En el caso de la morfínoterapia peridural se procede a la implantación del catéter en el espacio peridural siguiendo la técnica protocolizada habitual, la cual incluye la comprobación de la correcta ubicación del catéter mediante la inyección de un contraste hidrosoluble. Al propio paciente o a un familiar se le informa acerca de la técnica de administración a través del catéter.

En todos los casos, el paciente recibe las instrucciones necesarias para la administración del medicamento, insistiendo en la importancia del cumplimiento del intervalo de dosificación. Igualmente, se advierte al enfermo de los posibles efectos secundarios que puede ocasionar esta medicación y se pone en su conocimiento la forma de disminuirlos.

Uno de los riesgos más importantes del tratamiento con morfina es la depresión respiratoria, en especial al inicio del tratamiento con morfina peridural, por lo que se suministra naloxona como antídoto específico a aquellos pacientes en los que se considera que su ingreso no es necesario durante las primeras 24-48 horas del tratamiento. Evidentemente, no todos los pacientes son candidatos a esta excepción, ya que se han de valorar otros factores aparte del clínico, tales como factores culturales y psicológicos.

Control farmacoterapéutico

Los pacientes proceden de los distintos Servicios del Hospital, los cuales solicitan a la Unidad de Analgesia que se haga cargo del control analgésico de estos enfermos y de acuerdo con el Servicio de Farmacia se establece el control farmacoterapéutico del enfermo.

+
HOSPITAL
CRUZ ROJA ESPAÑOLA

L'HOSPITALET DE LLOBREGAT CONTROL ESTUPEFACIENTES
SERVICIO DE FARMACIA AMBULATORIOS

NOMBRE DIAGNÓSTICO

N.º HISTORIA TRATAMIENTO

EDAD/SEXO MÉDICO

FECHA DE INICIO SERVICIO

CANTIDAD/FECHA	CANTIDAD/FECHA	CANTIDAD/FECHA
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18

FIG. 1. Ficha de control farmacoterapéutico.

Los pacientes, en régimen ambulatorio, son visitados periódicamente en la Consulta de Oncología, normalmente cada 7 días, valorándose la eficacia del tratamiento analgésico y efectuándose las oportunas correcciones de dosis o vía de administración, con objeto de conseguir el control del dolor.

La medicación necesaria para el cumplimiento domiciliario del tratamiento prescrito es suministrada en dosis unitarias por el Servicio de Farmacia, en el cual se efectúa un seguimiento paralelo de cada paciente. Para ello, se dispone de una ficha de control farmacoterapéutico (fig. 1) en la que consta la información relativa al paciente, que es facilitada por la Unidad de Analgesia e incluye, entre otros datos, el tratamiento de que es objeto. En esta ficha se anota, además, la medicación correspondiente a dicho tratamiento y que periódicamente se entrega al enfermo. En el dossier de cada paciente se incluyen también los impresos (fig. 2) que en el momento de la dispensación firma el paciente o la persona autorizada que en su lugar recibe la medicación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Desde mayo de 1984 hasta junio de 1986 se han tratado 42 pacientes ambulatorios, todos ellos fallecidos en dicho período. En la

+
HOSPITAL
CRUZ ROJA ESPAÑOLA

L'HOSPITALET DE LLOBREGAT N.º RECETA
Barcelona

He recibido del Servicio de Farmacia del Hospital de la Cruz Roja de l'Hospitalet de Llobregat

..... amp./frascos de

de mg cada una, para ser administradas a

..... según la prescripción hecha el día de la fecha por el Dr.

..... del Servicio de

RECIBIDO Y CONFORME: DNI

L'Hospitalet de Llobregat, de de 19.....

FIG. 2. Impreso para la entrega de medicación al paciente.

actualidad son 10 los pacientes sometidos a tratamiento. De los 42 casos presentados en este estudio 19 eran mujeres y 23 hombres, lo que corresponde al 45 y 55 % del total de pacientes, respectivamente (fig. 3). De ellos, el 17 % tenía una edad comprendida entre los 30 y 50 años, siendo el más joven de 32 años; el 21 % corresponde a edades comprendidas entre los 51 y 60 años; el 26 % a edades entre 61 y 70 años; el 24 % a edades entre 71 y 80 años y el 12 % a pacientes con más de 80 años, siendo 92 años la edad superior.

La administración de morfina se efectuó a través de distintas vías: oral, parenteral o peridural (fig. 4). A 25 de los 42 pacientes tratados se les implantó un catéter peridural para la administración de morfina por esta vía y en 7 casos fue necesario cambiar a la vía subcutánea, bien por intolerancia al catéter o bien por precisar dosis mayores. Los problemas observados en los casos de intolerancia al catéter fueron aparición de fibrosis e intenso dolor local durante la administración del analgésico, cuestión que permanece aún sin resolver.

En 6 pacientes se utilizó únicamente la vía parenteral para la administración de cloruro mórfico y 11 fueron tratados con Solución analgésica (Brompton) por vía oral. Por esta vía se observaron en algunos pacientes fenómenos de intolerancia digestiva, tales como náuseas y constipación, efectos secundarios habituales del fármaco que cedieron al tratamiento convencional. Del mismo modo, en la administración por vía peridural sólo se observaron problemas de atonía vesical y prurito en algunos pacientes. En ningún caso se produjo depresión respiratoria.

La duración del tratamiento ambulatorio con analgésicos opiáceos en los 42 casos ha sido muy variable (fig. 5), oscilando entre 6 y 208 días. Hay que tener en cuenta que en la mayoría de ellos el inicio de la morfinaoterapia tiene lugar cuando el paciente está ingresado en el centro y que el período en que está en casa bajo tratamiento controlado se ve interrumpido con nuevos ingresos como consecuencia de la evolución de la enfermedad. Otro factor a considerar es la fase del proceso neoplásico en que se inició el tratamiento.

Se puede resaltar el hecho de que 27 de los 42 enfermos tratados

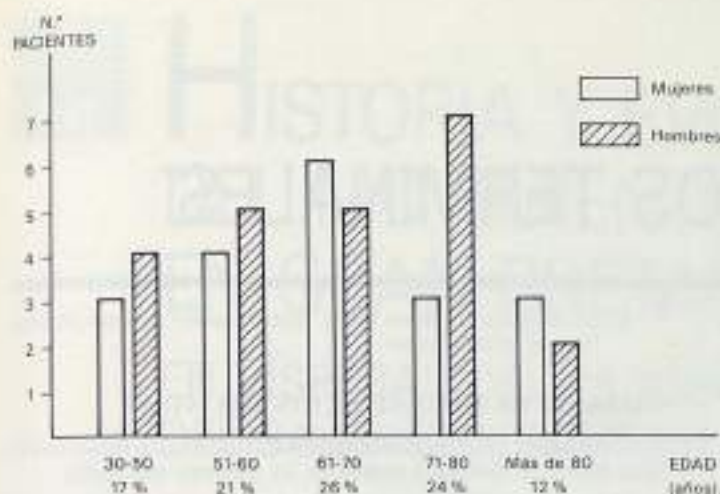


Fig. 3. Edad y sexo de los pacientes.

	Pacientes	Porcentaje
Peridural	18	43 %
Peridural y parenteral	7	17 %
Parenteral	6	14 %
Oral	11	26 %
Total	42	100 %

Fig. 4. Vías de administración utilizadas en los tratamientos.

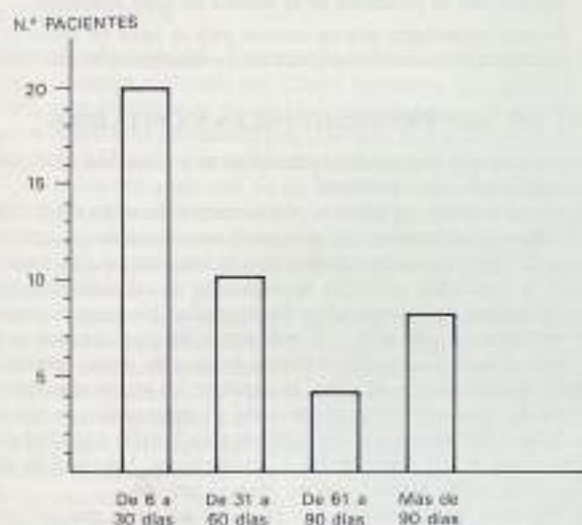


Fig. 5. Duración de los tratamientos ambulatorios.

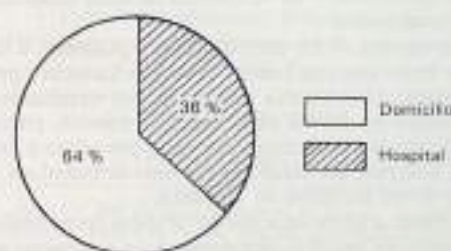


Fig. 6. Lugar de fallecimiento de los pacientes.

murieron en su casa (64 %) mientras que 15 fallecieron en el hospital (36 %) (fig. 6).

CONCLUSIONES

Como conclusiones, a la vista de los resultados obtenidos desde que se inició el tratamiento del dolor en pacientes terminales en régimen ambulatorio, podemos destacar los siguientes aspectos:

- Desde el punto de vista humano, consideramos que en el paciente con enfermedad neoplásica terminal que presenta dolor, éste acapara totalmente su atención, por lo que el alivio o control del mismo supone para él la posibilidad de seguir desarrollando sus actividades habituales y seguir prestando atención a las materias de su interés en la fase final de su vida, dándole, además, la oportunidad de morir en paz en su entorno familiar. Los resultados del trabajo muestran que el 64 % del total de pacientes han fallecido en su domicilio gracias al tratamiento ambulatorio, pudiendo afirmar que de no haberse efectuado probablemente muchos de ellos hubieran fallecido en el hospital.
- El control farmacoterapéutico de cada paciente sometido a tratamiento ambulatorio es continuo y riguroso. Para el éxito del mismo es necesario que el enfermo y su familia estén informados acerca de todo lo relativo a la administración del fármaco, lo cual se ve facilitado por el contacto casi permanente que se establece entre ellos y los facultativos del hospital, así como por el suministro de la medicación en dosis unitarias junto con el material necesario para su administración.
- Considerando la actual estructura sanitaria de nuestro país, es de gran interés el desarrollo de programas ambulatorios como el que presentamos, que permiten reducir la estancia hospitalaria de los pacientes, con el consiguiente ahorro económico que ello representa, máxime si se tiene en cuenta que dicha estancia nada puede aportar a la evolución favorable de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- BEHAR, M., et al.: *Epidural morphine in treatment of pain*. Lancet, 1979; 1: 527-9.
- CARRASCO JIMÉNEZ, M. S., BRISÁN ESPELETA, L.: *Analésicos morfínicos*. Fam. Clin., 1983; 1 (3): 12-31.
- COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA DEL HOSPITAL CRUZ ROJA DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT: *Tratamiento del dolor agudo y crónico con morfina peridural*. Boletín Informativo, 1983; 2: 7.
- COUSINS, M., et al.: *Selective spinal analgesia*. Lancet, 1979; 1: 1141-2.
- MAGORA, F., et al.: *Observation on intradural morphine analgesia in various pain conditions*. Br. J. Anesth., 1980; 52: 247-52.
- MATHEWS, E.: *Epidural morphine*. Lancet, 1979; 1: 673.
- PARDO, C., et al.: *Participación del farmacéutico en la asistencia de los pacientes neoplásicos terminales hospitalizados y en el régimen ambulatorio*. XXV Congreso Nacional de la AEFH, Palma de Mallorca, 1980.
- WOLFE, M., NICHOLAS, A.: *Selective Epidural analgesia*. Lancet, 1979; 2: 150-1.

ATENCIÓN A LOS ENFERMOS TERMINALES*

Doctor Xavier Gómez i Batiste-Alentorn

Director del Hospital de la Santa Creu (Vic)

CARACTERÍSTICAS DE LA SITUACIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL

Antes de explicar qué podemos hacer para prestar una buena asistencia a los enfermos terminales, es necesario describir cuáles son las características de su situación. Hablamos de *situación* porque, como veremos, existen varios elementos que la configuran.

1. Enfermedad avanzada, incurable y en fase de progresión rápida. Hay que diferenciarla de otras situaciones de cronicidad y de las fases de la enfermedad en la que ésta evoluciona lentamente.
2. Falta de posibilidades racionales de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos síntomas y complicaciones, que son intensos, variables y de causa multifactorial. Esto condiciona una evolución muy cambiante, incluso en horas.
4. Pronóstico de vida (con todas las limitaciones y connotaciones de este concepto) inferior a 6 meses. Esta es la cifra aceptada generalmente y, aunque arbitraria, define uno de los parámetros más relevantes.
5. Gran impacto emocional sobre el enfermo, sus familiares y sobre el equipo terapéutico. La primera causa de este impacto es, sin duda, la presencia (explícita o implícita) de la muerte, y los hechos que la modulan son la presencia de sufrimiento físico, el aislamiento y la soledad.

Se trata de una situación compleja, intensa y difícil para todos los que intervienen. Esto requiere una respuesta terapéutica adecuada.

BASES DE LA TERAPÉUTICA

Podemos definirlos así:

1. Global, o integral: es decir, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del enfermo. No estamos tratando tumores, dolores ni síntomas; sino que *atendemos a personas* que los sufren. Este es el carácter *total* de la terapéutica en esta situación, que también es necesario emplear en las otras fases de la enfermedad.
2. El enfermo y la familia son una unidad a tratar; la familia con soporte se convierte en uno de los mejores instrumentos terapéuticos para los enfermos terminales.
3. El objetivo básico de la terapéutica es el bienestar de los enfermos y los familiares; los instrumentos básicos para llevarlo a cabo son: el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación. Todas las medidas que se adopten han de aplicarse en este sentido.
4. Hay que promocionar la dignidad y la autonomía de los enfermos y elaborar con los enfermos y familiares los objetivos terapéuticos de cada día.
5. La asistencia a los enfermos ha de ser intensiva. Se trata de proporcionar unos cuidados intensivos cuyo objetivo es el bienestar, requiriendo una atención extraordinaria por parte de todos los miembros del equipo terapéutico, debido a una situación tan cambiante e impactante.

6. La terapéutica a de ser activa, probablemente más que en otras fases de la enfermedad.

BASES DE LA ORGANIZACIÓN DEL STAFF

La situación de enfermedad terminal requiere una organización de la asistencia distinta y basada en los siguiente conceptos:

1. La atención ha de tener por base a un equipo interdisciplinario, donde la enfermera es el elemento primordial por su proximidad al enfermo. Médicos, asistentes sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y religiosos, configuran un equipo que puede ofrecer una asistencia global y una visión enriquecedora.
2. El ambiente terapéutico de soporte y comunicación es fundamental y tan importante como las medidas farmacológicas. Se ha demostrado que la mayoría de síntomas responden favorablemente a las medidas ambientales.
3. El personal dedicado a la asistencia de enfermos terminales debe reunir condiciones que le hagan capaz de ofrecer este servicio: Equilibrio y madurez personal y profesional. Vocación específica. Formación específica. Número suficiente.
4. La estructura física de las unidades que alberguen a los enfermos terminales debe contar con un ambiente confortable, tranquilo y que permita la presencia de la familia en todo momento.
5. Es muy importante que en nuestro país se haga un esfuerzo de formación de todos los profesionales que intervienen en este ámbito.

PAPEL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Es evidente que el personaje central de esta situación es el enfermo, ayudado por sus familiares.

Ni que en nuestra sociedad se olvide muy a menudo, en la situación de enfermedad terminal hay muchas cosas a restaurar y a aprender por parte del enfermo y de aquellos que se encuentran a su lado. La dignidad, la compañía, el afecto, la resolución de los problemas pendientes, la mejora de las relaciones deterioradas, los asuntos preocupantes referentes al más allá..., al más acá..., he aquí algunas de las tareas que el enfermo puede haberse propuesto como objetivos.

Desde nuestro punto de vista, el papel de los terapeutas, en este caso, consiste en actuar como promotores y catalizadores de una respuesta óptima de adaptación del enfermo y su familia a la situación, que dependerá de sus capacidades y convicciones. Un nivel de relación humana puede ayudar mucho en este sentido.

No obstante, no olvidemos que nosotros tenemos que ser capaces de mejorar significativamente los síntomas y debemos resolver, o al menos intentarlo, los problemas concretos que se nos planteen.

Una cierta dignidad y la autonomía no son posibles si se sufre un insomnio persistente o no se disfruta de unas condiciones mínimas de confortabilidad.

Estos son algunos de los retos que se nos plantean, a los que podemos hacer frente con una buena formación humana y profesional.

Para finalizar, la asistencia a los enfermos terminales, especialmente si tenemos en cuenta estos aspectos básicos, puede ser una experiencia humana y profesional muy enriquecedora y gratificante, en la que los enfermos, los familiares y el resto de miembros del equipo nos darán a diario lecciones de dignidad.

Por otra parte, a modo de resumen de todas las posibilidades que podemos ofrecer en esta área fascinante de la asistencia, nos proponemos que la frase «Ya no hay nada que hacer», no se pronuncie jamás en nuestro país.

* El enfermo terminal y los profesionales de la salud. Delegació de Pastoral de la Salut. Archidiececisi de Barcelona. Barcelona: Ed. Claret, 1990.

LH

1-8

HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL MOVIMIENTO HOSPICE EN GRAN BRETAÑA

EN VÍSPERAS DEL 25 ANIVERSARIO DEL SAINT CHRISTOPHER'S HOSPICE

Maria Gasull i Vilella

El presente artículo intenta ofrecer un análisis de la evolución sufrida por el movimiento Hospice en la Gran Bretaña. La autora, que pasó dos veranos en el St Joseph's Hospice de Liverpool expone las características más destacables en la asistencia al paciente terminal y la filosofía del Hospice.

La importancia del tema es indiscutible en el momento en que vemos configurarse, en nuestro país, algunas iniciativas orientadas a desarrollar esta asistencia

INTRODUCCIÓN

El movimiento de los «hospices» modernos surge en Inglaterra gracias al trabajo realizado por Cicely Saunders. Su obra, iniciada en 1948, en el «St Thomas Hospital» y continuada en el «St Joseph's hospice» logra su consolidación en 1967 con la inauguración del «St Christopher's Hospice» en Sydenham (Londres), que con el tiempo se ha ido transformando casi en un modelo y símbolo de «hospice» moderno. Pasados veinticinco años, cuando su filosofía se ha extendido por Inglaterra y otros países, es un buen momento para hacer un análisis que nos ayude a ofrecer la mejor atención posible al enfermo terminal.

Los «hospices» han jugado un papel de revulsivo en la sociedad inglesa frente a la generalizada tabuización y negación de la muerte. Con ellos se ha iniciado un cambio general de actitud, que ha permitido un mejor análisis y un positivo acercamiento a las necesidades de los enfermos terminales y de sus familias. El problema de la muerte se ha empezado a afrontar con valentía y se ha convertido en un tema familiar en diversos ambientes sociales. En los «hospices» se ofrecen cuidados específicos a los enfermos afectados de cáncer, en fase irreversible, atendiendo al dolor total e informando adecuadamente al paciente de su realidad tal como es, y de cómo puede vivirla huma-

namente. Muchos pacientes han recibido una gran ayuda para superar angustias y temores ante la muerte y también han percibido que ésta puede ser vivida en paz y serenamente.

Es justo reconocer que los «hospices» no han sido los únicos factores responsables del cambio de actitud de la población inglesa ante la muerte. Organizaciones como «Marie Curie Memorial», «Sue Ryder Foundation», movimientos de lucha contra el cáncer y otros, así como los antiguos asilos para ancianos y peregrinos han tenido, sin discusión alguna, un papel muy importante en la ciencia y arte de cuidar personas afectadas de enfermedades terminales. Se debe, sin embargo, a Cicely Saunders la sistematización e incluso la creación de toda una filosofía de cómo cuidar a los enfermos terminales, que ha plasmado en su obra. Desde el inicio de sus actividades ella y su equipo han mostrado un gran interés en que todas sus investigaciones y experiencias no quedaran circunscritas en un estrecho círculo de iniciados, sino que tuvieran una amplia difusión y crítica. Han desarrollado pues, una gran labor educativa orientada a los mismos profesionales de la salud, impartiendo cursos de postgrado y han extendido su radio de influencia a la misma comunidad ciudadana con conferencias informativas, estimulando la participación e integración en el movimiento «hospice» en forma de voluntariado.

EVOLUCIÓN DEL MOVIMIENTO «HOSPICE» - CUIDADOS PALIATIVOS

Desde 1967, año en que el «St Christopher's Hospice» abre sus puertas, hasta 1975, son los años en los que un reducido número de centros investigan y profundizan en la ciencia y arte de cómo cuidar mejor a los enfermos terminales, extendiéndose poco a poco los principios de asistencia promovidos por Cicely Saunders. En la década de los 80, el movimiento «hospice» incrementa el número de centros y aparecen nuevas formas de aplicación de la filosofía en forma de unidades de hospitalización dentro de los hospitales generales, de equipos de cuidados a domicilio, equipos de soporte y hospitales de día (fig. 1). Pasada una primera etapa de consolidación, factores como

Década	Unidades Hospitalización: Hospice-Hospital	Equipos Atención Domicilio	Equipos Soporte	Hospital de día
1960	6	1 (1969)		
1970	10	1		
1980 ¹	69 (1250-1300 camas)	25	11	
1989 ²	133	250	20	
1990 ³	150 (2540-3000 camas)	276	72	117

1 TAYLOR, HEDLEY: *The Hospice Movement in Britain. Its role and its future*. London: Centre for Policy on Ageing, 1983.

2 LEWIS, MARTYN: *Deeds and Smiles. The Hospice Handbook*. London: Michael O'Mara Books Ltd., 1989, p. 24.

3 THORPE, G.: *An integrated Palliative Care Service*. Communication for Congrès de l'Association Européenne des Soins Palliatifs, Paris, 17, 18, 19 octobre 1990, pp. 50-54.

Fig. 1.

los nuevos avances científicos, específicamente las nuevas terapias del dolor y técnicas quirúrgicas, los cambios sociales (envejecimiento de la población, crisis de la familia) y sobre todo los costes económicos, favorecen que nazcan iniciativas de organismos gubernamentales y profesionales que se cuestionan y replantean los sistemas de proporcionar cuidados propiciados por el movimiento «hospice».

La «National Association of Health Authorities» (N.A.H.A.) manifiesta su preocupación por las grandes inversiones económicas que supondrían seguir una política de continua creación de «hospices» y más bien se inclina hacia otras alternativas que aprovechen al máximo los recursos sanitarios ya existentes. Esta misma asociación publica en 1987 unas directrices: *Care of the Dying. A guide for Health Authorities*¹ dirigidas a los responsables del sector sanitario en donde indican las diferentes formas de aplicación práctica de la filosofía «hospice» y refrendan los principios defendidos por Cicely Saunders, resumiéndolos de la siguiente manera:

1.º *Atención al paciente terminal.* Todos los cuidados irán dirigidos a procurar que la persona que muere mantenga una calidad de vida que permita efectuar las máximas actividades posibles de su vida diaria. Para conseguir este objetivo será imprescindible: suprimir o aliviar el dolor y los síntomas desagradables, ayudar al paciente a elaborar su miedo, acompañarlo en su soledad, procurar que mantenga la máxima independencia y ofrecerle los medios necesarios que le permitan cubrir sus necesidades espirituales.

2.º *Atención a la familia y amigos.* La familia será considerada como parte integrante de la atención al paciente. Nunca se disociará la familia del enfermo, formarán una unidad. Se educará a la familia y amigos con la finalidad de que puedan cuidar correctamente al enfermo, así como dar soporte emocional durante el proceso de muerte y el duelo. Se ofrecerán facilidades de hospitalización para que la familia pueda descansar ante un proceso que puede devenir en muy agotador y estresante.

3.º *Atención al personal que cuida al enfermo terminal.* El personal debe ser hábilmente seleccionado. Se tendrán en cuenta sus características de personalidad y motivación, aunque éstas sean muy positivas e imprescindibles no son suficientes. Es preciso que el personal posea unos conocimientos específicos de cómo cuidar al enfermo terminal que le permitan ofrecer unos cuidados adecuados, muchas veces será un saber estar más que un saber hacer. Se deberán proporcionar sistemas para que exista una buena comunicación entre todos los miembros del equipo y también para que puedan mantener el equilibrio emocional.

En noviembre de 1987, ante la complejidad de los cuidados al enfermo terminal, sus costes y escasez de médicos formados para poder proporcionarlos, el «Royal College of Physicians» crea una nueva subespecialidad de medicina interna: la medicina paliativa y posteriormente el «Committee on Higher Medical Training» aprueba un programa formativo para *seniors registrars* en medicina paliativa². Igualmente en este mismo año comienza a publicarse el *Journal of Palliative Medicine* y se crea la Asociación de Cuidados Paliativos y Médicos de «Hospices» de Gran Bretaña e Irlanda, que actualmente recibe el nombre de *Asociación de Medicina Paliativa*, que cuenta con más de 200 asociados pertenecientes a diversas especialidades: oncología, medicina general, cirugía, anestesia, médicos de familia y miembros fundadores de la asociación «Cancer Relief». Esta asociación cuenta con subcomisiones que estudian y analizan los problemas laborales, éticos, de investigación y docencia que comporta la atención al enfermo terminal.

Todo esto condiciona que el término de «cuidados paliativos» vaya reemplazando el original de «hospice» que se mantiene sólo para los centros de hospitalización independientes.

Dentro de la evolución del movimiento «hospice» es importante subrayar las iniciativas frente al Sida, la atención a los niños enfermos terminales y la escala de costes con las dificultades de financiación.

INICIATIVA FRENTE AL SIDA

El movimiento «hospice» centró su atención en los pacientes afectados de cáncer, desde sus orígenes hasta aproximadamente el año 1986. En esta fecha, en respuesta a la demanda efectuada por el entonces Secretario de Salud Norman Fowler, los «hospices» intentan ofrecer su colaboración afrontando el reto de la atención de los pacientes afectados de Sida. La incorporación de estos pacientes en la estructura del «hospice» más tradicional crea dificultades, pues la mayoría nacieron para atender enfermos cancerosos y han sido subvencionados por asociaciones de lucha contra el cáncer. Además, el enfermo afecto de Sida presenta unas características peculiares que dificultan la convivencia y resulta difícil determinar cuándo se inicia la fase terminal. El desconocimiento de la misma obliga a los médicos a ser más agresivos en sus terapias, no siendo fácil seguir el ritmo de cuidados del «hospice». Por estas razones, en grandes ciudades se han creado «hospices» específicos, como el «Light-house», en North Kensington, Londres (1988), centro de 24 camas, dotado de un gran número de personal: médico, enfermeras (37), que ofrecen ayudas sociales, asesoramiento, consejo, programas de educación para la salud, ayudas a domicilio en fases aguda y terminal mediante personal voluntario. También ofrecen soporte al compañero, amigo y familia de los afectados, con el fin de que puedan vivir con la mayor calidad de vida posible. Se ha de destacar su gran flexibilidad en su metodología de trabajo. Otro centro con características similares es el «Eli-sabeth Hospice», unidad de cuidados paliativos dentro del «Mildway Hospital» en Londres. Está previsto que otros centros inicien pronto su actividad.

Se recomienda que los enfermos de zonas rurales afectados de Sida sean absorbidos por los «hospices» de la ciudad, ya que su escaso número no justifica crear uno nuevo, pero la realidad muestra que no siempre estos pacientes son aceptados. Un estudio realizado en 1989 revela que de los 150 «hospices» existentes o planificados, 50 aceptarían enfermos de Sida sin condiciones, 22 los aceptarían si además tuvieran cáncer, 33 no los aceptarían y 22 no se definen.

ATENCIÓN A LOS NIÑOS

La muerte en un niño presenta unas características muy diferentes a las del adulto, así como las causas de mortalidad varían respecto a las del adulto. Sólo el 17% de los niños que acuden a un hospital tienen cáncer o leucemia, la mayoría sufren otros tipos de enfermedad de evolución lenta e incurable que acaban con muertes prematuras. Pero cualquiera que sea la causa, la realidad es que una enfermedad mortal es una carga muy pesada para los padres. En 1982 «Mother Frances» crea en Oxford el primer «hospice» del mundo dedicado a niños de edades comprendidas entre meses y 16 años, llamado «Helen House», con sólo 8 habitaciones individuales que gratuitamente proporcionan cuidados a los niños y a sus padres frente al angustiante, doloroso y agotador proceso. No se permiten largas permanencias, ya que consideran que es mejor que los niños estén en sus casas, pero se les acepta por cortos periodos para que los padres puedan tomarse unas vacaciones o un fin de semana para descansar.

Admiten a niños afectados de cáncer o que padecen distrofias musculares degenerativas, enfermedades metabólicas, etc., que amenacen la vida del paciente.

Existen en Gran Bretaña otras ayudas para niños afectados de una enfermedad mortal, como, por ejemplo, el «Martin House» en Wetherby (Yorkshire) que ofrece soporte a las familias en sus domicilios, o el «Children's Hospice» en Cambridge, y otras organizaciones que dan soporte físico y psicológico a los padres y así los niños pueden permanecer al máximo en sus casas.

ECONOMÍA - FINANCIACIÓN

El rápido crecimiento de los cuidados paliativos crea en la actualidad graves problemas estructurales y de financiación, agravados por la circunstancia de que han surgido espontáneamente para responder a las demandas de la población sin ninguna planificación ni po-

1. *Care of the Dying. A Guide for Health Authorities.* Birmingham: National Association of Health Authorities, 1987.

2. HULLER, R.: *Palliative medicine. A new speciality.* Br. Med. J., 1988; 297: 874-875.

lítica gubernamental, existiendo grandes desigualdades a lo largo del país, las regiones más ricas cuentan con mayor número de centros que las más deprimidas.

El Servicio Nacional de Salud (NHS) sólo financia 1/3 de los costes totales de los cuidados paliativos. Los 250 equipos de soporte a domicilio (con un alto coste pero de gran eficacia) dependen de las autoridades locales de salud. El resto es financiado por donaciones privadas, como la organización caritativa creada por la Duquesa de Norfolk en 1984, denominada «Help the Hospice», la organización de lucha contra el cáncer «Cancer Relief Marie Curie and Macmillan Nurses», «Sue Ryder Foundation», etc.

Se ha de destacar que en Gran Bretaña, a pesar de los problemas económicos y de financiación, se siguen promoviendo cuestiones para recaudar fondos para la creación de nuevos «hospices», cuando resulta difícil el sostenimiento de los ya existentes. Varios factores nos pueden ayudar a comprender esta aparente contradicción. La raíz se encuentra en las características de los hospitales generales y los de esta oferta de atención, percibida como más humanizada. Efectivamente:

- El hospital, pensado y estructurado para la curación, para restablecer la salud, no es el lugar idóneo para cubrir las necesidades de los enfermos terminales. En ellos muchas veces no existe el tiempo para una asistencia personalizada, es difícil ofrecer el soporte psicológico y proporcionar cierta intimidad al paciente, ni hay espacios donde pueda permanecer la familia. Toda su estructura está en función de los enfermos agudos. No se puede olvidar, además, que los avances tecnológicos y médicos han llegado a unos niveles inimaginables hace unos años. Este desarrollo tecnológico tiene una influencia en los objetivos inmediatos de técnicas agresivas, que pueden llegar a conseguir que los enfermos que no se logran salvar mueran hidratados y con los electrolitos bien equilibrados, pero estos cuidados parciales no cubren sus necesidades como personas. A este respecto el conocido especialista en bioética francés, Patrick Verspieren afirma: «las terapéuticas más costosas y refinadas nunca satisficieron la llamada irremediable de aquél para quien la muerte es una realidad concreta y próxima. Su demanda será la de quien necesita cuidados como persona, ser escuchado».
- El personal de los centros y los defensores de los «hospices» luchan públicamente por su independencia ya que si se mantienen fuera del N.H.S. esto les permite, por un lado, ofrecer unos cuidados más personalizados a los pacientes y familias, y por otro, tener suficiente libertad para investigar y crear nuevos modelos de cómo cuidar a los pacientes en las fases terminales de su enfermedad. Si se hallaran sometidos a la estricta burocracia del N.H.S. no sería posible mantener un espíritu creativo.
- También se produce el fenómeno de que si la comunidad ha participado en la construcción de un «hospice», lo considera «su hospice», siendo más fácil luego su colaboración de diferentes formas: económica, voluntariado, etc.

pices» siguen prestando su experiencia y ayuda a otros centros hospitalarios que desean integrar su filosofía en la oferta sanitaria.

Ventajas

- Combina la comodidad del hogar con la sofisticación de los centros sanitarios.
- Se dispone de personal sanitario y medicamentos si se precisa.
- Menor coste económico que el hospital de agudos.
- La estructura física y dinámica funcional permite una relación más humana.

Desventajas

- Pueden convertirse en «ghetos».
- Requieren una coordinación con cuidados a domicilio.
- Para el personal sanitario de los hospitales es difícil el acceso a ellos.
- Puede que no posean todas las tecnologías para combatir el dolor.
- Presentan problemas económicos al no estar subvencionados en su totalidad por el N.H.S.

Unidades de cuidados paliativos en hospitales generales

En ellas se proporcionan cuidados específicos a los pacientes terminales, cubriendo las necesidades derivadas de sus problemas físicos, sociales y espirituales. Funcionan como unidades independientes dentro de los hospitales generales. Ofrecen hospitalización y tratamiento a aquellos pacientes que no soportan el ajetreo de las salas de agudos de los hospitales y a aquellos que no pueden ser tratados a domicilio. El tiempo de estancia en estas unidades no es muy largo, por lo general. Una vez aliviado el dolor (al conseguir la dosis y fármaco adecuado a cada enfermo) y después de ofrecer un apoyo emocional al enfermo y familia, se procura que los pacientes regresen a sus casas, donde continuarán recibiendo una atención específica proporcionada por enfermeras especializadas del hospital. Generalmente el control médico lo efectúa el médico de cabecera. Proporciona una gran seguridad el que el enfermo y familia al regresar a su domicilio, sepan que cuando lo precisen pueden volver a la unidad de cuidados paliativos del hospital.

Estas unidades específicas son muy importantes por el papel *educativo* que ofrecen al personal médico y de enfermería del hospital y por su competencia en el tratamiento del dolor.

Ventajas

- Ofrecen dentro del hospital una visión más natural de la muerte.
- Permiten con facilidad el que el personal hospitalario pueda acceder a ellos.
- Facilitan el cambio de actitudes de todo el personal de las salas de agudos del hospital.

Desventajas

- Existen dificultades para poder compaginar sus normas más flexibles con las del hospital.
- Pueden ser marginadas al considerarse «Unidades de la muerte».
- Requieren más personal que las unidades de crónicos.

Equipos de soporte o equipos de control de síntomas

Estos equipos nacen influenciados por el movimiento «hospice» con el objetivo de ir introduciendo la filosofía de los «hospices» en los grandes hospitales del N.H.S. Consideran que el hospital, a la vez que ofrece cuidados a los enfermos en fase aguda de su enfermedad, también puede ofrecerlos a los pacientes que no aceptan su enfermedad ni su estado o no desean morir en un lugar específico («hospice»), prefiriendo el hospital. Tienen graves problemas en establecer los límites de sus competencias y responsabilidades con el personal del hospital. El número de equipos va proliferando en varios hospitales, el primero de ellos surgió en 1976 en el «St Thomas Hospital» de Londres. Se trata de equipos constituidos por uno o dos médicos generalistas del hospital o también por médicos de cabecera con varias enfermeras, asistente social, sacerdote y otros profesionales, según las necesidades. La unidad básica la componen dos enfermeras especializadas que cuentan con el soporte médico. No tratan directamente ni a los enfermos hospitalizados, ni en sus residencias. De hecho actúan como consejeros del personal del hospital o de la comunidad del paciente para que éste tenga las atenciones adecuadas según la filosofía del «hospice». Juegan un importante papel

DIFERENTES FORMAS DE APLICACIÓN DE LA FILOSOFÍA DE LOS «HOSPICES» - CUIDADOS PALIATIVOS

La filosofía de los «hospices» respecto al cuidado de los enfermos terminales se ha ido adaptando en el sistema sanitario británico. Lo que en un principio se ofreció en unas pocas residencias, hoy está estructurado de tal forma que ofrece diversas modalidades de tratamiento, que reseñamos:

Hospice

El «hospice», según el modelo de Cicely Saunders que hemos comentado anteriormente con la importante modificación de que los pacientes atendidos no sólo son pacientes terminales. Ofrecen a los pacientes un clima humano y una atención personalizada notable. Además de su importancia como pioneros en la atención humana al enfermo terminal en nuestra sociedad tecnológica, estos «hos-

3. REVERDIN, C., et al.: *La mort restituée. L'expérience médicale et humaine des hospices*. Genève: Labor et Fides, 1982, p. 48.

al tener la facultad de coordinar los cuidados hospitalarios y los domiciliarios.

Ventajas

- Menor coste económico. No se tienen que construir nuevos edificios.
- Es más fácil la educación al no asumir la responsabilidad del paciente.
- Pueden hacer extensiva la filosofía de los «hospices» a todo el hospital.
- Pueden tener asistencia correcta los que rechazan el «hospice».
- Evitan la connotación de «Unidad de la Muerte».

Desventajas

- Confusión respecto a la responsabilización del paciente.
- Intentan competir con los «hospices» al evaluar resultados.
- No pueden proporcionar mucho apoyo familiar por las normas del hospital.

Cuidados a domicilio - Equipos de soporte

En 1969, en el «St Christopher's Hospice» se crea un equipo de atención a los pacientes terminales en sus domicilios, con el objetivo de que el paciente acompañado de su familia permanezca en su propia casa durante el tiempo que lo desee, y si es posible, hasta su muerte.

Generalmente el equipo lo forman enfermeras supervisadas por un médico, y si es necesario también interviene el/la asistente social. Cicely Saunders⁴ considera que para poder mantener a un paciente en su casa se han de cumplir los siguientes requisitos:

1. Los cuidados han de ser continuos (24 horas al día).
2. Ha de existir una comunicación positiva entre el equipo y el paciente.
3. Se ha de disponer de personal preparado específicamente.
4. Tiene que haber facilidades para la administración de medicación.
5. No han de existir problemas económicos importantes en la familia y, si es necesario, se debe recurrir a los servicios sociales de la comunidad.
6. Además, el equipo ha de atender a la familia después de la muerte del ser querido.

Con el tiempo han ido naciendo nuevos equipos, algunos de ellos se han desarrollado con la ayuda de la fundación «Cancer Relief Macmillan» (también conocida como «Natural Society for Cancer Relief») y comúnmente son conocidos por la población como «Macmillan Nurses», que cuenta en la actualidad con 4.600 enfermeras. Cada equipo puede o no estar vinculado a una unidad de hospitalización, pero ha de estar unido a un hospital o servicio de la comunidad. En la mayoría de los casos actúan como servicios consultivos del equipo de Atención Primaria de Salud.

La respuesta de la comunidad es muy positiva, pues el equipo coordina esfuerzos y sirve de enlace entre los servicios especializados y el médico de cabecera, entre el hospital y el hogar. También asegura la continuidad de los cuidados del «hospice» y ofrece la oportunidad a las familias de poder expresar su cariño al ser querido en los últimos días de su vida. En un estudio realizado en 1990⁵ sobre los cuidados prestados por dos equipos de soporte de Londres, se apreció que el mayor grado de satisfacción por parte de los enfermos y familiares lo proporcionaban los equipos de soporte frente a otros servicios comunitarios, ya que permitían una mayor comunicación familiar, se controlaban mejor los síntomas, y los problemas sociales se solucionaban más rápidamente, además se podía acudir a ellos las 24 horas del día. Se constata que estos equipos están mejor preparados para afrontar los problemas específicos del proceso de la muerte.

Otros estudios demuestran que los pacientes desean morir en sus

casas⁶. Si añadimos a esto el elevado coste que representa la hospitalización es fácil que se defienda el domicilio como el lugar idóneo de morir. Sería interesante recordar la opinión de Wilkes. Según él, lo óptimo es que el enfermo escoja el lugar de su muerte y se le respete el derecho a morir en su casa, pero el poder satisfacer su deseo dependerá de su temperamento, de su personalidad, de su patología y de sus relaciones familiares⁷. No siempre los cuidados a domicilio serán los más idóneos. Hay pacientes que han de ser institucionalizados, ya sea en un «hospice» o en un hospital, si a él le ofrece mayor confianza. El lugar óptimo es el que permite a la persona vivir los últimos días de su vida con esperanza, cariño, respeto y la máxima calidad física de vida.

Ventajas

- Permite permanecer en casa.
- Puede participar la familia en los cuidados.
- El paciente y la familia controlan la situación.
- El paciente puede continuar las actividades de su vida diaria.
- Menor coste económico.

Desventajas

- Mayor estrés familiar.
- Dificultad en poder mantener al personal durante la noche.
- Economía familiar resentida.
- No siempre es fácil el tratamiento médico.
- Las enfermeras tienen más dificultades que en el hospital para lograr el distanciamiento adecuado sin crear dependencias emocionales.

Cuidados de día

Son unas unidades dentro de los hospitales u «hospices» que proporcionan únicamente cuidados durante el día a aquellos pacientes que duermen en sus casas. Además del equipo médico de soporte y de enfermería, el equipo incluye asistencia social, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional. Proporcionan una terapia recreativa, conjuntamente con un programa de actividades educativas, como la educación a la familia y sobre cómo cuidar a los pacientes en sus domicilios. El centro proporciona baños, duchas y todas las facilidades para un aseo personal. Existe incluso peluquería y salón de belleza.

Las unidades de cuidados de día son muy positivas para aquellos pacientes que no están lo suficientemente graves para ser admitidos en un hospital u «hospice» pero necesitan asistencia y cuidados. Puede funcionar como un sistema preventivo al detectar cualquier problema y remitir al paciente al médico más adecuado. Permite a los enfermos poder llevar una vida con menos limitaciones y además son un alivio para los familiares que tienen dificultades de poder cuidarlos durante el día en sus propios domicilios.

Ventajas

- Permite que los pacientes puedan comunicarse con personas de fuera del núcleo familiar.
- Positivo para los que no pueden estar en casa y no necesitan hospitalización.
- Sistema preventivo que permite detectar cualquier anomalía.
- Ayuda para la familia.

Desventajas

- Sólo es válido para pacientes que no estén en un estado muy avanzado de la enfermedad.
- Coste económico.

Como se puede apreciar en la descripción de las diferentes formas de asistencia, ninguna de ellas es perfecta, todas presentan sus ventajas y desventajas. Es posible que para responder a las diferentes necesidades y demandas de la población sea necesario mantenerlas todas. El modelo de asistencia ofrecido debe ser flexible, no todos los pacientes aceptan el «hospice», unos prefieren sus domicilios, otros el hospital. Toda persona posee el derecho de poder escoger el lugar donde desea morir.

6. TOWNSEND, J. et al.: Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *Br. Med. J.*, 1990; 301: 415-417.

7. WILKES, ERIC: The best place to die, hospital, hospice or home? 3er Congrès de l'Association Européenne des Soins Palliatifs, Paris, 17, 18, 19 octobre, 1991. pp. 29-34.

4. SAUNDERS, CICELY: *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Barcelona: Salvat, 1980, pp. 221-222.

5. HIGGINS, L. et al.: Palliative care: views of patients and their families. *Br. Med. J.*, 1990; 306: 277-281.

ELEMENTOS A RESALTAR EN EL MOVIMIENTO «HOSPICE»

A continuación quisiera resaltar toda una serie de aspectos que considero de suma importancia por su incidencia en el éxito del movimiento «hospice».

- Los «hospices» modernos no son lugares exclusivos para pacientes en fase terminal⁸. Siguiendo la tradición de los «hospices» antiguos que cobijaban a los peregrinos, también pueden ser atendidos en ellos ancianos y enfermos que presenten problemas neurológicos, enfermos que precisen más cuidados personales que tecnológicos de los que puede ofrecerse en una sala general destinada a enfermos agudos. El «St Christopher's Hospice» posee 30 camas para enfermos crónicos y con problemas neurológicos⁹. Se considera positivo que se incorporen otro tipo de pacientes, pues existe el peligro de que los «hospices» puedan transformarse en «ghettos».
- Para muchas personas que se encuentran al final de su vida, la dimensión espiritual adquiere un interés muy particular al plantearse problemas existenciales. Creyentes y no creyentes buscan una verdad, una esperanza, una respuesta sobre el sentido de la vida y de la muerte, pero para los creyentes la religión representa mucho más que una creencia y un conocimiento superficial de doctrinas religiosas, ella es el fundamento, el modo de vida espiritual que incide en las relaciones interpersonales del hombre¹⁰. Todos estos aspectos no son descuidados por la filosofía del movimiento «hospice» donde el elemento espiritual le da una gran especificidad. Convivir constantemente con el dolor y el sufrimiento crea muchos interrogantes que no tienen fácil enfoque si no es a través de unos mismos ideales, compartidos por todo el equipo. Cicely Saunders dice: «Al considerar estos componentes esenciales del cuidado al paciente terminal, es importante distinguir entre los principios generales interpretados en el «St Christopher's Hospice» y sus propias características peculiares, procedentes éstas de la personalidad de su equipo y sobre todo de su fundamento cristiano¹¹».
- Los problemas que presentan los enfermos tienen diversas causas y orígenes: médicos, sanitarios, sociales, económicos, emocionales, espirituales. Una serie tan amplia de problemas no puede ser debidamente atendida por una sola persona, es necesario un equipo de diferentes profesionales para tratarlos, procurándoles solución. Este equipo no se improvisa con facilidad y para que sea efectivo es preciso que exista todo un trabajo de apoyo mutuo, continuo, caminando juntos, trabajando juntos. Tarea ardua y difícil que requiere, además, la ayuda del psicólogo clínico. Como característica común y muy importante del equipo es que todos los miembros deben tomarse el tiempo de sentarse simplemente a escuchar, el tiempo para determinar qué es un síntoma o un problema personal que incide en la enfermedad, el tiempo para ayudar al paciente a comprender su situación y seguir su propio ritmo.
- Dentro de este equipo, las enfermeras que están capacitadas tienen un papel preponderante para proporcionar a los pacientes los cuidados paliativos y de soporte. Estos cuidados son esenciales y prioritarios para cubrir las necesidades que presentan dichos enfermos ya que aseguran todos los cuidados necesarios para la vida, confort máximo y ayuda psicológica. También quiero destacar que la presencia constante al lado del enfermo permite a las enfermeras observar pequeños detalles que de otro modo pasarían inadvertidos y que muchas veces son indicadores de graves problemas que el enfermo por su estado no puede verbalizar. Ellas no los tratan si no son de su competencia pero sí analizan y valoran su gravedad y urgencia y lo transmiten al profesional adecuado del equipo. En el año 1982 el *British Medical Journal*¹², publicó un estudio sobre los puntos de vista de los médicos residentes sobre quién presta de hecho la mayor ayuda a los pacientes moribundos, tanto en los aspectos estrictamente de atención sanitaria como en otros

aspectos como el soporte psicológico y social en la atención de los pacientes terminales con cáncer. Las respuestas pueden verse en la tabla siguiente:

Contribución relativa de los profesionales de la asistencia sanitaria en la atención de los enfermos terminales, según los médicos residentes

Posición facultativa	Contribución atención sanitaria (%)	Otros aspectos (psicológicos y sociales) (%)
Jefe de servicio	18	20
Jefe clínico	19	3
Médico adjunto	23	10
Médico residente	34	37
Enfermeras	51	75
Asistente social	0	26
Médico de cabecera (familia)	3	28
Otros (p.e. enfermeras de la comunidad, visitadoras sociales)	3	4

Me gustaría remarcar que si el papel preponderante dentro del equipo es el de la enfermera, no infravaloro el papel de otros profesionales como el médico, que es imprescindible, y el sacerdote o ministro ordenado, también necesario para el creyente.

- En la marcha de los «hospices» no podemos dejar de mencionar a los «voluntarios», que aunque no se ocupan de los cuidados directos del enfermo garantizan que los enfermos no estén solos. Ellos permanecen a la cabecera de los enfermos para hacerles compañía, darles, de comer, sacarlos a pasear, ocuparse de todos los aspectos que los mantienen en conexión con el mundo exterior, etc. Ofrecen «todo el tiempo» para satisfacer con tranquilidad las demandas de los pacientes. Los voluntarios, al igual que el resto del equipo, no pueden acceder sin más a trabajar en el «hospice». Han de ser seleccionados, teniendo en cuenta sus características de personalidad y motivación, además de otros requisitos como por ejemplo el que en los dos años anteriores no se les haya muerto algún allegado que haya supuesto una pérdida particularmente significativa. Los voluntarios reciben las mismas ayudas psicológicas que el resto del personal.
- La estructura física de los «hospices» se ha de adaptar a las necesidades que presenta el enfermo terminal, con el espacio suficiente para que las familias puedan permanecer en intimidad con el paciente y los enfermos puedan pasear. Igualmente el personal ha de disponer de salas donde pueda descansar físicamente y poder descargar las tensiones emocionales, escuchando música, leyendo, jugando, etc. Los «hospices» nunca son lugares lúgubres o trépidos, producen la sensación de apertura al exterior.
- En las últimas publicaciones se recomienda que los servicios de atención al enfermo terminal no estén situados lejos del lugar de residencia de los familiares y amigos, y que posean buenos medios de transporte público. El enfermo terminal no puede quedar aislado de sus familiares y amigos, ya que en los últimos meses, días, instantes de la vida de una persona, es cuando más necesita de los seres queridos.

CONCLUSIÓN

Después de 25 años se puede afirmar que el modelo de cómo cuidar a los enfermos terminales propuesto por Cicely Saunders y su equipo se ha introducido no sólo en el sistema sanitario y sociedad británica, sino también en otros países del mundo, agrupándose en la organización internacional de Cuidados Paliativos. Se puede discutir su eficacia respecto a las diferentes formas de aplicación pero nadie duda de su filosofía, que ha logrado humanizar el proceso de muerte, ya de por sí deshumanizados, y sobre todo el que las personas no mueran en total soledad, aunque sí con el espacio de soledad suficiente para morir dignamente.

Es temprano aún para evaluar los efectos que producirá la gran

8. SAUNDERS, C., op. cit. pp. 268-269.

9. TOOMEY, P.: *Pain and death*. The Tablet, 1987; 241: 889-90.

10. SEILLEUM-PAZARD, J.: *Chartre des droits de l'enfant hospitalisé*. Col. *Le firmées d'aujourd'hui*. Paris: La Centurion, 1983, p. 16.

11. SAUNDERS, C., op. cit. p. 270.

12. AHMEDZAI, S.: *Dying in hospital: The residents' viewpoint*. Br. Med. J., 1982; 285: 712-714.

expansión de los cuidados paliativos en estos últimos 10 años. La mayor tecnificación y el desarrollo de nuevas terapias para aliviar el dolor de las enfermedades terminales y la mayor profesionalización de los mismos profesionales no se puede discutir que han mejorado la calidad asistencial, pero existen ciertos temores de que esta mayor tecnificación pueda incidir disminuyendo la calidad de los cuidados humanitarios, claves del éxito del movimiento «hospice» o Cuidados Paliativos.

Me gustaría exponer, antes de finalizar este artículo, mi preocu-

pación por el hecho de que al hablar de los pacientes terminales lo primero que viene a la mente es el coste y su contención. Parece olvidarse el grave deber humano y social de hacer lo posible para que la persona puede vivir con la mayor calidad de vida posible los últimos días y momentos de su existencia. Esto es lo que intenta el movimiento «hospice» o de Cuidados Paliativos, que además evita una atención sofisticada y una tecnología innecesaria, colocando a la persona en el centro de su preocupación, ofreciendo a su vez una presencia humana y una atención cualificada.

LH

1-9

UNA ALTERNATIVA EN LA ASISTENCIA AL ENFERMO TERMINAL: EL SISTEMA HOSPICE EN ESTADOS UNIDOS

M.^a Pilar Núñez

Este artículo presenta un estudio del sistema «Hospice» como alternativa en la asistencia al enfermo terminal en Estados Unidos. Siguiendo las huellas de este tipo de asistencia iniciado en Inglaterra por Cicely Saunders, también Estados Unidos inició el sistema «Hospice» para este tipo de enfermos. Más que una institución es una filosofía de acompañamiento en esta fase final de la vida: ofrece un tipo de asistencia en régimen de hospitalización HB (Hospital based) y una asistencia a domicilio HC (Home care), ambas con características diferentes de lo que es la asistencia médica tradicional o convencional CC (Conventional care). El artículo hace un estudio comparativo de ambas asistencias y de la integración del sistema «Hospice» en el «Medicare», teniendo como objetivo el hacer de la recta final de la vida, una etapa digna y humana tanto para el paciente como para la familia.

INTRODUCCIÓN

En Estados Unidos, el Hospice nace como un movimiento social dentro del sistema de asistencia médica al enfermo terminal que pone su énfasis en el tratamiento paliativo y el apoyo o acompañamiento psicosocial al enfermo terminal y a su familia. Este programa de asistencia puede llevarse a cabo en el propio domicilio (Home Care HC) o en instituciones con residencia (Hospital Based HB), con la única mira de mejorar la calidad de vida de estos pacientes y de sus familias y con menor gasto que la llamada asistencia convencional (Conventional Care CC).

El sistema americano de asistencia al enfermo terminal se inclina de preferencia por la modalidad «Hospice» a domicilio (HC) contando con el apoyo de la familia y la asistencia también a ésta, en contraste con la asistencia institucional y la intervención profesional, por considerar las instituciones como frías e impersonales y a los profesionales como insensibles frecuentemente a las necesidades humanas básicas.

El primer Hospice se funda en Estados Unidos en 1974 y en 1978 existen ya 59 instituciones funcionando con normalidad y otras muchas en proyecto.

El crecimiento de este movimiento y el reconocimiento público que había merecido sirvió de catalizador para que el Estado Federal estudiara un apoyo económico para los servicios Hospice y la posibilidad de que éstos fueran incluidos dentro del programa MEDICARE¹.

En 1979 el Congreso crea la comisión «National Hospice Study» (NHS) constituida por miembros representativos de la comunidad científica en concierto con la «Health Care Financing Administration» (HCFA) y fundaciones privadas para evaluar objetivamente el desarrollo de los programas Hospice y proporcionar al Congreso y al Ejecutivo los datos de base para la formulación de normas y medidas para ellos.

En 1980 nace el «National Hospice Organization» (NHO) con 235 programas establecidos y se crea un centro de evaluación en la Universidad de Brown, que fija en tres los puntos sometidos a estudio:

- Cuál es el impacto del hospice en la calidad de vida del enfermo terminal y de sus familias.
- Cuál es el impacto de este programa sobre los presupuestos de la asistencia a los pacientes terminales de cáncer.
- Cuál es el impacto sobre el Hospice de la introducción del sistema de retribución en la utilización de este servicio.

FILOSOFÍA DEL PROGRAMA HOSPICE

Hospice se define como servicio a la vida. Esta filosofía refleja las líneas de la cultura occidental del final de este siglo XX y sus va-

1. MEDICARE: Sistema de seguro social federal de los Estados Unidos creado en 1965 que ofrece cobertura a las personas de más de 65 años, a los pacientes con nefropatías crónicas y a las personas de menos de 65 años con alguna incapacidad por causa de la cual han recibido subsidios dos o más años. El programa Medicare tiende a generalizarse cada vez más, ofreciendo cobertura a mayor número de pacientes. La resistencia a la creación de un seguro nacional de enfermedad viene ofrecida por la medicina privada y las compañías de seguro privadas.

expansión de los cuidados paliativos en estos últimos 10 años. La mayor tecnificación y el desarrollo de nuevas terapias para aliviar el dolor de las enfermedades terminales y la mayor profesionalización de los mismos profesionales no se puede discutir que han mejorado la calidad asistencial, pero existen ciertos temores de que esta mayor tecnificación pueda incidir disminuyendo la calidad de los cuidados humanitarios, claves del éxito del movimiento «hospice» o Cuidados Paliativos.

Me gustaría exponer, antes de finalizar este artículo, mi preocu-

pación por el hecho de que al hablar de los pacientes terminales lo primero que viene a la mente es el coste y su contención. Parece olvidarse el grave deber humano y social de hacer lo posible para que la persona puede vivir con la mayor calidad de vida posible los últimos días y momentos de su existencia. Esto es lo que intenta el movimiento «hospice» o de Cuidados Paliativos, que además evita una atención sofisticada y una tecnología innecesaria, colocando a la persona en el centro de su preocupación, ofreciendo a su vez una presencia humana y una atención cualificada.

LH

1-9

UNA ALTERNATIVA EN LA ASISTENCIA AL ENFERMO TERMINAL: EL SISTEMA HOSPICE EN ESTADOS UNIDOS

M.^a Pilar Núñez

Este artículo presenta un estudio del sistema «Hospice» como alternativa en la asistencia al enfermo terminal en Estados Unidos. Siguiendo las huellas de este tipo de asistencia iniciado en Inglaterra por Cicely Saunders, también Estados Unidos inició el sistema «Hospice» para este tipo de enfermos. Más que una institución es una filosofía de acompañamiento en esta fase final de la vida: ofrece un tipo de asistencia en régimen de hospitalización HB (Hospital based) y una asistencia a domicilio HC (Home care), ambas con características diferentes de lo que es la asistencia médica tradicional o convencional CC (Conventional care). El artículo hace un estudio comparativo de ambas asistencias y de la integración del sistema «Hospice» en el «Medicare», teniendo como objetivo el hacer de la recta final de la vida, una etapa digna y humana tanto para el paciente como para la familia.

INTRODUCCIÓN

En Estados Unidos, el Hospice nace como un movimiento social dentro del sistema de asistencia médica al enfermo terminal que pone su énfasis en el tratamiento paliativo y el apoyo o acompañamiento psicosocial al enfermo terminal y a su familia. Este programa de asistencia puede llevarse a cabo en el propio domicilio (Home Care HC) o en instituciones con residencia (Hospital Based HB), con la única mira de mejorar la calidad de vida de estos pacientes y de sus familias y con menor gasto que la llamada asistencia convencional (Conventional Care CC).

El sistema americano de asistencia al enfermo terminal se inclina de preferencia por la modalidad «Hospice» a domicilio (HC) contando con el apoyo de la familia y la asistencia también a ésta, en contraste con la asistencia institucional y la intervención profesional, por considerar las instituciones como frías e impersonales y a los profesionales como insensibles frecuentemente a las necesidades humanas básicas.

El primer Hospice se funda en Estados Unidos en 1974 y en 1978 existen ya 59 instituciones funcionando con normalidad y otras muchas en proyecto.

El crecimiento de este movimiento y el reconocimiento público que había merecido sirvió de catalizador para que el Estado Federal estudiara un apoyo económico para los servicios Hospice y la posibilidad de que éstos fueran incluidos dentro del programa MEDICARE¹.

En 1979 el Congreso crea la comisión «National Hospice Study» (NHS) constituida por miembros representativos de la comunidad científica en concierto con la «Health Care Financing Administration» (HCFA) y fundaciones privadas para evaluar objetivamente el desarrollo de los programas Hospice y proporcionar al Congreso y al Ejecutivo los datos de base para la formulación de normas y medidas para ellos.

En 1980 nace el «National Hospice Organization» (NHO) con 235 programas establecidos y se crea un centro de evaluación en la Universidad de Brown, que fija en tres los puntos sometidos a estudio:

- Cuál es el impacto del hospice en la calidad de vida del enfermo terminal y de sus familias.
- Cuál es el impacto de este programa sobre los presupuestos de la asistencia a los pacientes terminales de cáncer.
- Cuál es el impacto sobre el Hospice de la introducción del sistema de retribución en la utilización de este servicio.

FILOSOFÍA DEL PROGRAMA HOSPICE

Hospice se define como servicio a la vida. Esta filosofía refleja las líneas de la cultura occidental del final de este siglo XX y sus va-

1. MEDICARE: Sistema de seguro social federal de los Estados Unidos creado en 1965 que ofrece cobertura a las personas de más de 65 años, a los pacientes con nefropatías crónicas y a las personas de menos de 65 años con alguna incapacidad por causa de la cual han recibido subsidios dos o más años. El programa Medicare tiende a generalizarse cada vez más, ofreciendo cobertura a mayor número de pacientes. La resistencia a la creación de un seguro nacional de enfermedad viene ofrecida por la medicina privada y las compañías de seguro privadas.

lores sociales. Afronta abiertamente el proceso de morir y prepara la persona para la experiencia de la muerte como una fase natural e inevitable del ciclo de la vida. Refuerza la autonomía personal y existe para asistir y acompañar a las personas en las últimas fases de una enfermedad incurable, de tal manera que éstas puedan vivir esa última etapa tan plena y confortablemente como sea posible. Ni se avanza, ni se retrasa la muerte. Existe en «la esperanza y el convencimiento de que por medio de unos cuidados apropiados y una sensibilización de la comunidad a las necesidades de esta última etapa, los pacientes y sus familiares puedan ser libres para llegar a un grado satisfactorio de preparación mental y espiritual para la muerte».

Esta filosofía incluye los aspectos siguientes:

- El enfermo y su familia conocen su condición de enfermo terminal.
- El tratamiento médico y la cirugía sólo están indicados como un tratamiento paliativo.
- La terapia del dolor está al alcance de los pacientes en la medida en que cada uno la necesita y con vistas a evitar el dolor y no sólo aliviarlo.
- La formación de un equipo interdisciplinar es esencial para la asistencia al paciente y a su familia.
- Familiares y amigos participan activamente en este acompañamiento tan necesario para el paciente en el camino hacia la muerte. También acompañan a los familiares después de la muerte y pérdida de uno de los suyos.
- Otros miembros voluntarios, con una preparación para ello, colaboran en este acompañamiento en la medida necesaria.

HOSPICE: SISTEMA DE ASISTENCIA MÉDICA

El sistema de asistencia sanitaria al enfermo terminal propia del programa Hospice incluye:

- Servicios médicos de asistencia al enfermo terminal.
- La integración en la unidad asistencial del paciente, de su familia y de otras personas que le resultan esenciales o significativas. La familia hace referencia a los más próximos allegados, y otras personas unidas al paciente por vínculos personales que pueden ser consideradas como familia y aceptadas por él y la organización del Hospice.
- Los servicios en régimen de hospitalización o residencia (HB) y los

servicios a domicilio (HC) están totalmente integrados para asegurar la continuidad y la coordinación de la asistencia.

- La asistencia es posible 7 días por semana y 24 horas por día.
- La asistencia está planificada y supervisada por un equipo interdisciplinar compuesto por varias personas con una preparación adecuada. Los miembros del equipo trabajan conjuntamente en la planificación y organización de los servicios con el objetivo de asegurar el bienestar físico, emocional y espiritual del paciente y de su familia.
- La asistencia al paciente en lo que toca al tratamiento paliativo, como al acompañamiento de éste, va dirigida a aliviar el malestar físico y emocional propio de la enfermedad terminal.
- Se incluye también en el programa un servicio de asistencia a la familia para el período que sigue de cerca la muerte del paciente.
- Otra parte importante del programa es el aspecto educativo, educación que tiene dos vertientes principales de enfoque. De una parte se educa al paciente, a su familia y al equipo interdisciplinar sobre la muerte y el proceso de morir. Se completa el programa, en una segunda parte, con algunas lecciones y orientaciones sobre los cuidados que necesitará el paciente cuando esté en casa.
- Las personas a título voluntario juegan un papel muy importante en la práctica de los cuidados que estos enfermos necesitan.

Este enfoque conlleva una modificación substancial de la asistencia médica habitual a los enfermos terminales. Esta modificación hace referencia:

- **Al lugar de la asistencia:** la casa del paciente o el Hospice HB en régimen de residencia, en lugar de un hospital, o las residencias asistidas (nursing homes).
- **A las personas a cargo del cuidado del paciente:** la familia o algunos voluntarios en lugar de profesionales de la salud;
- **A la orientación de la asistencia:** más bien de tipo paliativa, preventiva y de apoyo al paciente y con menos recurso a las terapias intensivas propias de la asistencia convencional (CC).

Estos cambios en el proceso de asistencia al enfermo terminal y a sus familias nos llevan a considerar los efectos que de ellas se derivan y a preguntarnos si suponen una mejora asistencial para este tipo de pacientes y su entorno, que la convencional o institucionalizada.

Dos grandes cuestiones han sido el objeto de esta evaluación comparativa: la calidad de vida y el mayor o menor coste de esta asistencia:

	Cambios introducidos en la asistencia	Cambios en los efectos que se siguen	
		Calidad de vida	Coste
PROGRAMA HOSPICE	Lugar de la Asistencia: más tiempo en la propia casa.	Permanencia del paciente en una atmósfera familiar con mayor contacto social y menos ansiedad y miedo.	Sustituye la hospitalización por la asistencia a domicilio.
	Personal de salud más «informal», ayuda voluntaria	El paciente asistido por la familia con mayor intimidad estará más satisfecho con los cuidados recibidos.	Sustituye los profesionales y personal de hospital por familiares y amigos.
	Tipo de asistencia más preventiva, más paliativa, menos curativa	Con la terapia preventiva y paliativa, el dolor y otros síntomas serán mejor controlados.	Sustituye la terapia curativa, más agresiva y más cara, por la terapia paliativa, menos costosa.

REVISIÓN DEL NHS (NATIONAL HOSPICE STUDY)

Selección de lugares y pacientes

En 1979 se convocó mediante concurso la selección de Hospices para un estudio comparativo. 233 fueron los presentados y de ellos se designaron 26 como centros piloto: «Hospice Demonstration» (HD) y recibieron una subvención. Otros 14 fueron designados como no piloto: «Hospice non-demonstration» (HND); esta selección fue

hecha por inspectores de salud teniendo en cuenta la semejanza y proximidad con los «Hospice Demonstration» (HD). Se designaron también para el estudio 12 centros de asistencia convencional «Conventional Care» (CC) (tabla I).

Los pacientes fueron seleccionados entre los que venían siendo controlados durante algunos meses, se comprometían a las visitas de seguimiento y tanto ellos como sus familias aceptaban la participación en el estudio.

Tabla I

Número de Hospices	Con camas HB	A domicilio HC	Total
Hospices pilotos D	14	12	26
Hospices no pilotos ND	8	6	14
Total	22	18	40
Asistencia convencional	12		12

La muestra considerada para estudio quedó integrada por pacientes terminales de cáncer y sus familiares que consintieron en participar en la experiencia. Todos los pacientes:

- Tenían cáncer confirmado mediante biopsia (no se consideraron cánceres de cerebro, ni de páncreas).
- Tenían metástasis a distancia (exceptuando cerebro, pulmón y páncreas).
- Todos tenían una persona de la familia dedicada a su asistencia para los primeros cuidados.
- Todos eran mayores de 21 años (en los Estados Unidos los Hospices no aceptan a los menores de 21 años).
- Los pacientes en asistencia convencional (CC) se seleccionaron entre aquellos que tenían un índice de *Karfnosky*² de 50 o menos y que necesitaban algún tipo de asistencia para las actividades personales.

Se rogó a los médicos de los oncológicos de no referir más que los pacientes con un tratamiento muy sencillo para un corto periodo de tiempo.

Estos criterios fueron elegidos a partir de una revisión de las características de los pacientes en Hospice, en las que se demostraba que:

- El 90 % eran enfermos de cáncer.
- El 95 % tenían un familiar que se ocupaba directamente de ellos.
- Todos eran mayores de 21 años.
- El 90 % de ellos, aproximadamente, necesitaban algún tipo de asistencia a su llegada al Hospice (tabla II).

Tabla II

Número de pacientes	Hospices HB	Hospices HC	Total
Hospices D	449	713	1.162
Hospices ND	175	120	295
Total	624	833	1.457
Asistencia convencional	297		297

Entre los que habían sido seleccionados para el estudio, algunos se negaron en el momento de ponerlo en práctica, se calcula que este número equivaldría a:

- 3,3 % en HC.
- 3,5 % en HB.
- 20,6 % en CC.

Las razones para esta negativa podrían quizá atribuirse a una mayor proximidad de la muerte y a una edad más avanzada.

Entre los que firmaron la participación en el estudio, un 4,4 % (prácticamente igual para cada modalidad) no siguieron el estudio.

2. Este índice mide el estado del paciente y no la calidad de vida. El 100 y el 0 son las puntuaciones extremas. En el primer caso el enfermo se encuentra bien, en tanto que el cero corresponde a la muerte.

Sólo los pacientes que fallecieron durante el estudio fueron incluidos en él y las conclusiones han sido valoradas en relación a las dos últimas entrevistas antes de la muerte. Dado que se tenían cada dos semanas, correspondían aproximadamente a las 3 semanas antes de la muerte y 1 semana antes de ella.

El estudio comenzó el 1 de agosto de 1981, con una duración prevista de 2 años.

Metodología y elaboración de los datos

Pacientes y familias

La entrevista: todos los pacientes así como el familiar encargado de cada uno de ellos fueron entrevistados.

La primera entrevista se hacía a los 7 días del ingreso y seguían otras, sucesivamente, cada 14 días, hasta la muerte. Una entrevista con la familia entre los 90 y 120 días después de la muerte permitía evaluar los resultados obtenidos y establecer el sumario de todas las evaluaciones: utilización del Hospice en régimen de residencia; médico y servicios de salud a domicilio mientras el paciente estuvo en vida, necesidad de recurso e ingreso en un hospital, y duración del ingreso en éste.

Esta entrevista con el familiar permitía recoger los datos de éste, relacionando todos los servicios utilizados por el paciente con el estado de salud y la condición de éste.

Los datos evaluados en el paciente fueron:

Calidad de vida:

- Estado de ánimo.
- Estado de conciencia.
- Ausencia de dolor y molestias.

Calidad de vida social:

- Horas de ayuda de su familia.
- Horas de visitas y actividad social.
- Horas de tertulia o conversación con los de casa.

Dolor y otras molestias:

- Persistencia del dolor.
- Vómitos, disnea...

Satisfacción con la atención recibida:

- Relatada por el paciente.
- Relatada por la familia, antes y después de la muerte.
- Satisfacción por la permanencia a domicilio tanto tiempo como el enfermo y la familia lo deseó...

Los datos evaluados en la familia fueron:

Antes de la muerte:

- Ansiedad.
- Peso o carga que suponía el enfermo.
- Recurso al alcohol y a los sedantes.

Después de la muerte:

- Trastornos emocionales.
- Alcohol y sedantes.
- Morbilidad: necesidad de recurso a un médico o a un hospital.

Otros datos para la evaluación fueron tomados del historial médico del paciente y establecidos en fichas:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Raza.
- Ingresos anuales (menos de 10.000 \$).
- Pacientes viviendo solos.
- Pacientes con familiar PCP, siendo éste la esposa o algún hijo.
- Pacientes con PCP con empleo fuera del domicilio.
- Índice de *Karfnosky* al comienzo del estudio: entre 10-30 y entre 40 y más.
- Diagnóstico: neo de pulmón, neo de mama, neo de próstata y neo colorectal.
- Pacientes con primer diagnóstico una metástasis.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer un año o más antes de comenzar el estudio.

- Pacientes con conocimiento de su enfermedad.
- Pacientes con capacidad mental totalmente conservada.
- Pacientes que no habían necesitado hospitalización en los 2 meses previos al estudio.

Tipo de atención: en las últimas 3 semanas y en la última semana de vida.

- Servicios médicos intensivos: radiaciones, cirugía, quimioterapia, toracocentesis.
- Técnicas de diagnóstico: análisis de sangre, rayos X, scanner.
- Terapia respiratoria y oxígeno.
- Servicios sociales.

Estudio de los gastos

El estudio de los gastos tuvo en cuenta el promedio por paciente y día y el promedio de utilización de los servicios de salud por paciente. En estos casos se comprendían:

- La servicios médicos.
- Los medicamentos.
- El material de curas.
- Todo otro material.

No se incluyeron los gastos del trabajo social: desplazamientos y jornadas de trabajo perdidas por el familiar o PCP. Los gastos en los Hospices HB suman, a los servicios de salud, los propios del régimen de residencia. Los gastos en los Hospices HC están representados por las visitas a domicilio, el material médico y de curas para uso personal a domicilio y en parte por el recurso que estos pacientes tienen que hacer de ingreso en un hospital, aunque no sea más que por períodos cortos. En los servicios convencionales CC, la representación de los gastos se divide en ingreso u hospitalización, tests diagnósticos y tratamientos intensivos.

El estudio de los gastos se hizo comparativamente cada mes del último año de vida.

Introducción del programa Hospice dentro de los derechos del Medicare

La introducción del derecho al programa Hospice dentro del Medicare permitió un estudio de los cambios que de este sistema de distribución podría derivarse.

- En cuanto al volumen de los pacientes solicitando la admisión en Hospice.
- En la plantilla del personal de los Hospices.
- En la asistencia al enfermo.
- En el gasto.

Elaboración de los datos y resultados: Éstos fueron elaborados según las técnicas estadísticas de la múltiple regresión lineal (Standard linear multiple regression) y la regresión lineal logística (Logistic multiple regression) cuyos detalles sobrepasan la amplitud de este artículo.

Resultados

Impacto del programa Hospice en la calidad de vida del enfermo terminal y de sus familias

Tipo de asistencia recibida. El programa Hospice tiene como objetivo servir a los pacientes en los últimos 6 meses de vida. El resultado del estudio del NHS nos revela los siguientes datos:

- La duración media de permanencia fue de 35 días, y el 20 % no sobrevivió más de una semana en el Hospice.
- Sólo un 8 % permaneció más de 210 días.
- En Hospice HB, se demostraba una más corta duración de permanencia y en general los pacientes estaban más impedidos a su llegada que los que acudían a los Hospices HC.
- El número de pacientes que morían a domicilio era dos veces más alto para los pacientes en Hospices HC que en HB.
- Los pacientes en CC eran más jóvenes y estaban funcionalmente más disminuidos.

- El estado de conciencia era comparable en los 3 tipos de Hospice.
- No había diferencias entre los grupos por lo que se refiere a sexo, estado civil, raza, localización del cáncer primitivo o duración de la enfermedad. El familiar que se ocupaba del paciente era el esposo o esposa o bien un hijo, en 4 casos sobre 5.
- Se trataba en general de familiares sin ocupación o empleo fuera de casa para los pacientes en HC, mientras que los familiares de los pacientes en HB, tenían empleo fuera de casa, al menos en el momento del ingreso en el Hospice HB. De la misma manera pacientes que vivían solos sollicitaban preferentemente el HB.

Estas variables obtenidas durante la entrevista inicial, permitieron establecer algunas medidas previas para valorar la calidad de vida.

Comparando las intervenciones médicas y sociales que recibieron los pacientes en sus últimas semanas de vida y expresadas en las correspondientes ecuaciones podemos deducir que los pacientes en cualquier tipo de Hospice HB o HC fueron menos sometidos a una intervención intensiva que los CC, y de la misma manera los pacientes de Hospice tuvieron menos análisis de sangre o radiodiagnóstico. No hubo variaciones en el número de pacientes sometidos a oxigenoterapia u otro tipo de terapia respiratoria. Los servicios sociales fueron más empleados por los pacientes en Hospice a través de todo el curso del estudio, y esta diferencia existía ya antes de la admisión en el Hospice. La terapia intravenosa fue más frecuente en CC y aumentaba más en los días previos a la muerte. Hubo pequeñas diferencias en el uso de la radioterapia para el dolor asociado a las metástasis óseas entre unos pacientes y otros y se objetivó un mayor uso de la radioterapia para metástasis cerebrales en CC, como también se apreciaba un mayor número de transfusiones en los pacientes en CC.

Calidad de vida. La calidad de vida es un concepto difícil de cuantificar, sobre todo en una rápida deterioración del paciente. Las escalas que se utilizan normalmente no sirven para los enfermos terminales. Los tres grupos: HB, HC y CC mostraron una disminución similar de la calidad de vida cuando se toma como referencia el índice de Karnofsky. Otros aspectos como la calidad emocional de vida y el estado de conciencia del paciente fueron comparables en los tres sistemas de atención.

La calidad social de vida podía expresarse por el número de horas de ayuda directa de su familiar (PCP) que el paciente requería, y que fue más alta para los pacientes en HC que en HB o CC. Durante las últimas tres semanas de vida los pacientes en Hospice mantenían un mayor número de visitas sociales por personas ajenas a la propia familia, mientras que las horas de tertulia con personas de la familia eran prácticamente iguales en los tres grupos. Los pacientes en HB se mostraron más activos que los de los otros grupos. Sin embargo, a juicio de los familiares, la calidad de vida en los últimos días ya cercanos a la muerte fue estadísticamente más alta en CC.

Por lo que se refiere al dolor y a otros síntomas o molestias, los pacientes con grandes dolores no pudieron ser entrevistados la última semana de vida, y fue necesario servirse de la evaluación del familiar sobre el dolor del paciente para completar los datos.

En general, los pacientes en HB sufrieron menos dolor que los pacientes en CC, tanto en las últimas 3 semanas, como en la última semana de vida, y también este grupo de pacientes experimentaron menos molestias que los pacientes en HC y CC.

El óptimo alivio del dolor es uno de los objetivos fundamentales del Hospice. Datos detallados sobre la utilización de la analgesia fueron reunidos tomando una sub-muestra de 181 pacientes en Hospice y CC. Han recibido algún analgésico:

- 91,3 % de los pacientes en HB.
- 69,7 % de los pacientes en HC.
- 66,1 % de los pacientes en CC.

Satisfacción por los cuidados recibidos. El modelo Hospice trata al paciente y al familiar que se ocupa de él como una unidad. Los servicios administrados al paciente repercuten en la familia y los servicios a la familia sostienen o animan a ésta a ocuparse del paciente. Esta satisfacción fue valorada desde ambas perspectivas. No se observaron diferencias significativas, antes bien fue muy positiva en los

tres grupos. Sin embargo los familiares de los pacientes en HB, antes y después de la muerte de éstos, manifestaron mayor satisfacción con la atención al paciente que la que manifestaron los familiares de los pacientes en HC. Todos los familiares de los pacientes en Hospice (HB y HC) mostraron satisfacción respecto al lugar de la muerte del paciente. Y la familia de los pacientes en HC expresaron su satisfacción porque el paciente pudo permanecer en el domicilio tanto tiempo cuanto él deseó.

La familia. Aunque podía esperarse que los familiares de los pacientes en HC manifestaran una mayor carga por la mayor atención prodigada al mismo en la última semana de vida, las diferencias observadas estadísticamente son insignificantes. No hubo tampoco diferencia en cuanto al estado de ánimo y ansiedad de los familiares, ni en cuanto al uso de medicamentos para la ansiedad o la depresión, ni un aumento del consumo de alcohol.

En la entrevista después de la muerte, que suele hacerse 4 meses después de ésta, aparecía una mejor adaptación de lo que la literatura decía hasta entonces. Pocos familiares (un 4 %) refirieron absentismo al trabajo. Hubo, eso sí, un aumento de las visitas al médico entre los familiares después de la muerte del paciente. La morbilidad secundaria fue más alta en los cónyuges, sobre todo en aquellos que tenían ya problemas de salud antes de la enfermedad del paciente. Prácticamente no hay diferencias entre los tres grupos en morbilidad, uso de medicamentos para la depresión o la ansiedad o aumento del consumo de alcohol durante el periodo de duelo. En la dimensión afectiva los familiares de los pacientes en HC mostraron una mayor alteración emocional, según la evaluación de la «Inventory Grief Experiences», posiblemente por el mayor peso o carga e incluso el mayor contacto familiar teniendo al paciente en casa.

IMPACTO DEL PROGRAMA HOSPICE EN LOS PRESUPUESTOS DESTINADOS A LOS PACIENTES TERMINALES DE CÁNCER

La comparación de los gastos en Hospice reveló que los costes por estudio y día fueron más altos en Hospice HB que en HC por la utilización del servicio de residencia. La diferencia no es tan alta como podría pensarse debido a que los pacientes en HC recurren con más frecuencia al ingreso en un hospital, aunque sea por periodos cortos, que los pacientes en HB. Los gastos en HC vienen representados por las visitas a domicilio, medicamentos, material de cura y cualquier otro material para uso personal. El gasto en visitas médicas y ambulatorias fue prácticamente igual en HB que en HC.

El estudio comparativo del gasto por periodos fijos antes de la muerte del paciente y en el periodo total del estudio entre los pacientes en Hospice y los de asistencia convencional CC, ofrecieron los siguientes resultados. Los gastos por ingreso y médico por estudio y día fueron significativamente superiores en CC que en HC o HB. La asistencia a domicilio en CC fue aproximadamente un 10 % de los gastos en Hospice. Los gastos totales fueron sustancialmente más bajos en HC que en HB o CC. Si se comparan los gastos totales en HB y CC, se demuestra que los pacientes en CC tuvieron más jornadas en ingreso que los de HB y en cambio utilizaron menos servicios a domicilio.

La utilización de los servicios hospitalarios aumentaba en cada uno de los 3 sistemas a medida que el proceso de muerte se acercaba. El servicio a domicilio aumentaba dramáticamente en la última semana de vida, solamente en HC, llegando hasta una media de una visita al día en contraste con una visita por semana para los pacientes en CC y 3,5 por semana en HB.

En respuesta a las demandas de las agencias fundadoras, las estadísticas sobre el gasto de los pacientes de cáncer, se hicieron sobre 5.853 pacientes durante cada mes del último año de su vida.

Este estudio realizado en los tres grupos de pacientes y con respecto a parámetros como: demografía, diagnóstico, duración de la enfermedad y utilización de los servicios de salud anteriormente al estudio, reveló que el gasto fue inferior para los pacientes en HC que para aquellos en HB, por día de utilización del Hospice; los pacientes en HC supusieron menos gastos que los pacientes en CC sola-

mente en los 2 últimos meses de vida, siendo los gastos superiores en HC que en CC en los primeros meses de la enfermedad. *En el total se estima que la diferencia entre la asistencia en Hospice HC y CC supone una media de 2.221 \$ por paciente.*

Los pacientes en HB sólo supusieron menos gasto que los pacientes en CC en su último mes de vida, y la diferencia en el gasto se estima en una media de 585 \$ por paciente.

Cuanto más larga es la estancia en Hospice, tanto en HC como en HB, tanto menor es la diferencia entre los gastos en Hospice o en CC.

Estas cifras tienen que ser interpretadas con precaución teniendo en cuenta los ajustes hechos y la restricción de la muestra a los pacientes con cáncer que tenían un familiar para ocuparse directamente de ellos (PCP).

IMPACTO SOBRE EL PROGRAMA HOSPICE DE LA INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA MEDICARE

La integración del programa Hospice dentro de los servicios del Medicare supuso una serie de cambios o modificaciones en la utilización de éstos y en la estructura interna de ellos mismos:

En cuanto al volumen de los pacientes admitidos en los Hospices:

- El número de éstos aumentó considerablemente en un periodo de tiempo de 14 meses que se tomaron para este punto del estudio;
- Aumentó también el número de pacientes que morían en los Hospital Based, HB, por no desear volver a casa los últimos días de vida.

La plantilla del personal se vio sometida a cambios:

- Disminuyó el número de voluntarios, al ser sustituidos por personal contratado.
- Se objetivó un mayor número de estrés y de dimisiones entre el personal de plantilla, lo cual llevaría a pensar que la organización actúa como agente de estrés.
- Aumentó el número de horas para las actividades del equipo interdisciplinar y hubo que acordar una alocación aparte por este tipo de actividades.
- La distribución del tiempo también tuvo que adaptarse al aumentar el número de horas necesarias para la administración, con respecto a las horas asistenciales.

Los servicios asistenciales experimentaron algunos cambios:

- Aumento del número de servicios sociales y visitas a la familia después de la muerte.
- Aumento del número de análisis.

Como consecuencia hubo cambios en el gasto:

- Aumento del promedio por paciente.
- Aumento por personal de plantilla.
- Aumento por mantenimiento.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio sobre pacientes terminales de cáncer en varios Estados y con distintas modalidades del Programa confirman que la asistencia médica en el «Hospice» es diferente a la asistencia convencional oncológica.

Sobre la calidad de vida, el paciente y su familia sienten que la asistencia en Hospice les produce una mayor satisfacción, al recibir un mayor apoyo social y un menor número de tests agresivos o terapias intensivas en el periodo terminal.

«Hospices», sobre todo HB, ofrece un mejor control del dolor y de las otras molestias propias del estado terminal.

Los pacientes y sus familias pueden elegir el tipo de Hospice y la presencia del familiar acompañando y asistiendo a su paciente disminuye la angustia en el camino hacia la muerte.

Las familias parecen tolerar mejor el estrés de la enfermedad terminal y del periodo que sigue a la muerte, aunque en general manifestaran alguna pequeña dislocación social.

Sobre los presupuestos: si bien las cifras estimativas no se pueden dar como definitivas, sí que se puede concluir que los presupuestos de los Hospices no son superiores a los de la Asistencia convencio-

nal. Aun no teniendo todavía cifras muy exactas sobre los presupuestos para un futuro, el Hospice es una alternativa viable para el cuidado de los enfermos terminales. Tal alternativa se justifica en una sociedad pluralista. Se podrían estructurar los incentivos para estimular la utilización de los Hospice HC puesto que son más económicos y permiten mantener a los pacientes en su medio y domicilio. Los Hospices HB podrían ser una alternativa para los pacientes con dolor severo o síntomas múltiples y para aquellos sin apoyo familiar fuerte.

Sobre la Integración del Programa en el Medicare: ello conlleva una oportunidad de crecimiento y una mayor formalización de la estructura de la organización en cuanto tal, al aumentar el número de Hospices y también el número de pacientes cubiertos por el Medicare que pueden recurrir a un Hospice en la última etapa de su vida.

Todo paciente en un programa Hospice alterna durante esta etapa la modalidad de Hospice en régimen de hospitalización HB y la de asistencia a domicilio o HC.

Dejando aparte la falta de familia que puede obligar a periodos de ingresos más largos, tres son las causas que condicionan el ingreso o reingreso en Hospice HB: el control del dolor, y de otros síntomas; el permitir a la familia unos días de descanso o de vacaciones; la agravación del estado del paciente o una patología secundaria asociada. Pasados unos días o después de controlar la patología que ocasionó el ingreso el paciente puede regresar a su domicilio en régimen de Hospice HC.

La integración del Programa en el Medicare presenta hoy algunas ventajas, no pocas dificultades y grandes retos.

Ventajas o beneficios del Hospice dentro del sistema Medicare

- Entran dentro del Programa aquellos pacientes con una enfermedad terminal y una esperanza de vida de 6 meses o menos (inscritos en la sección Seguro A del programa Medicare).
- La elección del sistema Hospice exige la renuncia a otras ventajas del programa Medicare (excepto el pago del médico que atiende al enfermo).
- El período de cobertura de la póliza se divide en 2 períodos de 90 días y uno de 30, para un total de 210 días.
- La revocación de la póliza supone la pérdida de los beneficios para los días que restan.
- El Programa Hospice ha de procurar la atención a los pacientes que viven más de 210 días.
- El Hospice es reembolsado según una tasa por día, que depende del nivel de cuidados que necesita el paciente: cuidados de rutina en casa, cuidados a domicilio, cuidados en régimen de hospitalización en HB, tanto por necesidad del paciente como para permitir un descanso a la familia.
- Más del 80 % de los días de Hospice tienen que ser en HC.
- Cada Hospice recibe una subvención anual en función del número de pacientes inscritos.
- El Hospice tiene la obligación de proporcionar el médico, los cuidados de enfermería, los cuidados de salud tanto a domicilio como en régimen de ingreso, la asistencia social, el acompañamiento de un psicólogo o consejero (incluyendo la presencia de éste para el período de duelo) la medicación y el material de curas, así como el fisioterapeuta y el logopeda si fueran necesarios, dentro de un plan de atención global a cada paciente.

Dificultades para una atención adecuada al enfermo terminal

Las dificultades para obtener un control adecuado del dolor y de los otros síntomas surgen por:

- Falta de formación adecuada entre los médicos y otros miembros del equipo de salud.
- Limitación tanto estatal como federal en la regulación sobre narcóticos.
- Limitaciones farmacéuticas sobre el depósito de narcóticos.
- Actitudes inadecuadas tanto de parte del personal de salud como de los pacientes mismos y de los profanos en cuestión de salud.

Dificultades para el uso adecuado del Hospice

- Falta de conocimientos de los servicios del Hospice.
- Locales inadecuados para estos servicios.
- Limitación del Medicare en el reembolso del servicio Hospice, especialmente en régimen de hospitalización HB.
- Dificultad de hacer un pronóstico aproximado para 6 meses o menos según las exigencias del Medicare.
- Reticencia del Hospice para aceptar pacientes cuyas necesidades no se justifican y de los que no tienen un familiar para atenderlos.

Retos para la acción

- La integración de programas de formación en cuidados terminales y control del dolor dentro de las Facultades de Medicina y Escuelas de Enfermería.
- Iniciativas estatales y federales sobre la multiplicación de «clínicas del dolor» para despertar el interés hacia la terapia de éste y favorecer el acceso a un control adecuado del mismo.
- Cambios en la reglamentación de los Hospices Medicare:
 - a) Para un ajuste más real de las tasas de reembolso en relación con los costes del Hospice.
 - b) Cambios en la «definición» de la enfermedad terminal, adaptados a la incertidumbre de la duración, o bien aumentar el período terminal a un año.
 - c) Dejar de marcar el tope de pago a los 210 días.
 - d) Permitir el aumento de utilización en régimen interno HB.
- Intensificar la investigación para:
 - a) Mejorar el control del dolor con menos efectos secundarios.
 - b) Establecer medidas eficaces para una atención global de salud en Hospice.
 - c) Obtener una mejor relación entre eficacia y coste de la asistencia en Hospice.
 - d) Adecuar el objetivo de los tratamientos y los locales de tratamiento para grupos de pacientes.

Sólo queda señalar algunos ensayos para ofrecer este tipo de asistencia «Hospice» a otro tipo de enfermos que entran también en la recta final de la vida, de manera que también para ellos y sus familias sea más humano y digno este momento tan difícil y doloroso de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- AIKEN, L. H.: *Evaluation research and public policy: Lessons from the National Hospice Study*. J. Chron. Dis., 1986; 39: 1-4.
- FINN PARADIS, L.: *Hospice Handbook. A guide for managers and planners*. Rockville, Maryland: Aspen Publication, 1985.
- GREER, D. S., et al.: *An alternative in terminal care: Results of the National Hospice Study*. J. Chron. Dis., 1986; 39: 9-26.
- GREER, D. S., et al.: *National Hospice Study Analysis Plan*. J. Chron. Dis., 1983; 36: 73-80.
- GREER, D. S., y MOR V.: *An overview of National Hospice Study findings*. J. Chron. Dis., 1986; 39: 5-7.
- The physician's role in managing terminal care. A Harvard Medical School Symposium*. Geriatrics, 1989; 44: 83-97.
- RHYMES, J.: *Hospice Care in America*. JAMA, 1990; 264: 369-372.

II.

Aspectos Éticos del Derecho a Morir con Dignidad



LH

11-1

EL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO Y LA EUTANASIA*

Manuel Cuyàs, S.J.

Profesor de Teología Moral
de la Facultad de Teología de Cataluña.
Miembro del Instituto Borja de Bioética

En este artículo el autor, después de afirmar rotundamente que nadie defiende el encarnizamiento terapéutico, analiza la doctrina católica sobre la eutanasia, la utilización de medios proporcionados o desproporcionados, el derecho de los pacientes a rechazar estos últimos y finalmente las condiciones a tener en cuenta para respetar el indiscutible derecho del moribundo a morir con dignidad.

No puedo considerar los términos del título dado a mi intervención como temas a tratar en ella: encarnizamiento terapéutico y eutanasia. Como he dicho en otra ocasión¹, nadie defiende el encarnizamiento terapéutico. Ningún médico quiere atormentar a su paciente. Me siento también obligado a decir que sería injusto explicar por un supuesto exhibicionismo técnico-científico o por un bajo interés económico, la aparente crueldad del que se obstina en prolongar contra toda esperanza el curso irreversible de un proceso hacia la muerte. Se explica más bien por el hecho de que, concentrada la atención del médico sobre las posibilidades técnicas de las que teóricamente podría beneficiarse el enfermo, pierde de vista, en algún caso desesperado, las deplorables consecuencias prácticas para tal enfermo.

Aceptado como no idóneo el encarnizamiento terapéutico, en cuanto irracional voluntad de prolongar a cualquier coste la vida de quien no tiene ninguna esperanza de curación, mi intervención se centrará sobre la eutanasia. En la primera parte intentaré justificar la actualidad del tema, exponiendo los tres ángulos, o sea, las tres perspectivas sucesivas del problema con los consiguientes problemas éticos o jurídicos; en la segunda defenderé el derecho del enfermo a vivir dignamente los últimos instantes de su vida. Indicaré, por tanto, las condiciones que se exigen para tal fin.

Una adecuada asistencia clínica al enfermo, aun en el proceso de la muerte, transforma la eutanasia así entendida en algo no sólo lícito sino también meritorio y muy digno de la profesión médica. Mi tesis podría formularse así: el médico no debe ciertamente ayudar a la muerte, sino a la vida; sin embargo, puede y debe ayudar a morir del modo más humanamente posible, esto es, según las cualidades

que nos hacen dignos de respeto. Un modo tal de morir puede calificarse con el apelativo de digno. Por sí misma la muerte no puede ser digna, pero cada uno debería poder vivir y debe vivir la propia muerte con dignidad.

ACTUALIDAD DEL TEMA

He hablado de una triple perspectiva del problema eutanasia. Quizás no haya ninguna otra cuestión, como la de la eutanasia, en la que sea necesario iniciar la disertación mostrando la diversidad de presupuestos y de concepciones con las que viene tratada.

En los tiempos de *Francis Bacon*, que es considerado como pionero en cuanto al uso del término eutanasia y benemérito autor de su práctica, como consecuencia de enfermedades verdaderamente incurables o tenidas por tales, la muerte llegaba inexorable. Esto explica por qué él no contraponía la eutanasia a la obstinada prolongación de la vida, como sucede hoy, sino al abandono del moribundo frente al futuro triunfo de la muerte, cuando ésta parecía inevitable. *Bacon* defendía sólo el deber del médico de perseverar en las curas del incurable, con el fin de ver si aún podía salvarse, o hacer más suave o mitigar al menos la conclusión de la vida. El término se refería solamente al modo de morir (no al cuándo) y conservaba su significado etimológico. La denominada *eutanasia exterior* (para distinguirla —son palabras suyas— de la eutanasia que mira a la preparación del alma), objeto esta última de los cuidados del sacerdote²; de la primera deberían preocuparse los médicos.

Los extraordinarios progresos realizados por la medicina en el último siglo han permitido intervenir de varias maneras en el mismo proceso de la muerte, a veces rompiéndolo, a veces al menos frenándolo o acelerándolo: enfermedades tenidas hasta hace pocos años por mortales, hoy ya no lo son y otras, que aún lo son, pueden alargarse por varios periodos de tiempo. Válvulas cardíacas de plástico, o tomadas de animales, pacemakers, riñones artificiales, etc., alargan indefinidamente la vida de muchas personas. Órganos incapaces de funcionar han sido sustituidos con trasplantes de órganos de personas, vivas o muertas, o de animales, o bien con la aplicación de prótesis adecuadas. Las técnicas de reanimación han hecho posible a muchos hombres y mujeres de sobrevivir después de muertes aparentes, que hasta hace pocos años hubieran sido consideradas reales o definitivas.

Pero no cualquier tipo o cualidad de vida posterior resulta enviable, dadas las circunstancias de invalidez, sufrimiento o deformación de la figura que se siguen; para no hablar de los casos en los que las facultades mentales sufren un perjuicio irreversible o los enfermos permanecen en la inconsciencia. Se comprende que para mu-

* *Dolentium Hominum* n.º 6.

chos enfermos no sea deseable un tal modo de existencia y prefieran renunciar a este modo de vivir.

Diversos grupos, en un principio minoritarios y poco a poco cada vez más numerosos, se han dado cuenta con horror que el aumento de los triunfos conseguidos por la medicina sobre la vejez, las enfermedades incurables y sobre los accidentes hasta ahora mortales, se pagaban prolongando la vida en condiciones lamentables. Para no verse sometidos a tales condiciones, se han constituido en asociaciones pro-eutanasia, con la finalidad de conseguir que las leyes y los médicos respeten el supuesto derecho de los miembros a elegir no sólo el modo, sino también el tiempo de la muerte.

La razón próxima de la actualidad y de la acogida que el tema eutanasia encuentra en los medios de comunicación social está precisamente en el proselitismo de estas asociaciones, que ven en la eutanasia el único modo de proteger sus propios adeptos de la crueldad terapéutica. Pero ya nos encontramos en una perspectiva nueva del problema.

El uso del término eutanasia en esta segunda perspectiva del problema, conserva ciertamente el significado etimológico original centrado sobre el modo de la muerte: buena, dulce; pero desde la primera mitad de este siglo se proclama prevalentemente en las clamorosas reivindicaciones de dichos grupos, el derecho a elegir el tiempo y el modo mismo de la muerte. Contra este alargamiento del significado y con la voluntad expresa de condenar lo que resulta inaceptable en las pretensiones eutanásicas, la Iglesia católica ha reaccionado definiendo la eutanasia de manera muy restrictiva. Reserva el término a las acciones u omisiones (no debemos olvidar que la omisión presupone el deber cierto de intervenir), que «por su naturaleza o en la intención, causan la muerte con el fin de eliminar el dolor»¹.

Definir el término con tanta precisión tiene la ventaja de evitar toda ambigüedad. A parte la intención, todas las acciones u omisiones, que son la causa eficiente de la muerte, y sólo ellas son reprobadas por la Iglesia católica con la marca de eutanasia. No usando el término en otro sentido, la Iglesia puede condenar la eutanasia en todas sus manifestaciones sin ninguna distinción. Pero la misma claridad se transforma en fuente de confusión para quien no advierte suficientemente el sentido restrictivo con el que se alude a la eutanasia en la condena eclesial, el cual está, por otra parte, de acuerdo con el ethos tradicional de los órdenes de médicos a partir del juramento hipocrático, hasta las más recientes formulaciones de sus códigos deontológicos.

Más de una vez algún colega ha bromeado alegremente conmigo diciendo que se había visto obligado, por un sano sentido de responsabilidad, a practicar la eutanasia en un determinado caso, contra lo que suponía mi opinión ética confesional. La amabilidad y la broma alegre han acentuado el tono cuando me ha oído decir que, a mi humilde juicio, habría podido ir aún más allá sin merecer por ello la reprobación desde el punto de vista ético. Tanto más que el Sumo Pontífice Pío XII hacía ya muchos años había aprobado un semejante modo de proceder. Solamente que esto no se llama eutanasia de parte del Magisterio oficial de la Iglesia.

En los ambientes confesionales he sido acusado de crear confusión, usando el mismo término eutanasia para referirme a modos de proceder inaceptables y otros aceptables². En estos últimos casos debería usar, dicen, los términos *benemortasia*, *ortotanasia*, *antidistansia*, etc. Es posible que tengan razón, pero la confusión ya la he encontrado consolidada en el modo habitual de hablar en los ambientes médicos que conozco. Prefiero aceptar el término en su acepción vaga y corriente para precisar enseguida el presupuesto al que me refiero, sin prestar demasiada atención a la distinción entre eutanasia activa y pasiva (ya que no actuar cuando se debe actuar, es condenable) y sin insistir ni siquiera en la distinción entre eutanasia directa e indirecta, ya que a más de un médico esto le parecería incomprensible (se me permita esta sinceridad) y, por tanto, en tal distinción alguien podría ver una forma de fariseísmo e hipocresía.

Antes de bajar a ulteriores precisiones me atrevo a repetir que hablo y hablaré sólo del punto de vista ético. He olvidado subrayar esto, cuando he dado las primeras lecciones sobre la eutanasia en la acogedora ciudad de Milán. Pocos días después un experto jurista, con un breve artículo *Corriere médico* (conservo el recorte en Barcelona)

advertía que alguno podría haber terminado en la cárcel si hubiese seguido mis consejos respecto a la eutanasia. Es posible que la alarma fuese injustificada si la interpretación del juez hubiera contemplado los diversos matices del artículo 40 del vigente código de deontología médica, aprobado el 7 de enero de 1978. De todos modos, dejo a los expertos la interpretación jurídica de las leyes penales y de las normas deontológicas para limitarme a los aspectos éticos.

Mientras que el antiguo (y afortunadamente caducado) código italiano de deontología médica decía así: «desde el momento en el que el médico asume el cuidado de un enfermo, su objeto esencial debería ser la conservación de la vida: ni siquiera la acción directa para alivio del sufrimiento puede contradecir tal principio» (art. 47), a la pregunta presentada por un grupo de anestesiólogos, Pío XII respondía que es lícito usar analgésicos y narcóticos para aliviar el dolor, cuando esto no impida cumplir algún otro propio deber más grave, aunque la acción de tales medicamentos provoque indirectamente la aceleración del proceso de la muerte³. Más en general, argumentando desde la doble reflexión de que toda la actividad temporal está subordinada a la consecución del fin sobrenatural (salvando cualquier confesión religiosa, todos estamos de acuerdo en que lo temporal está subordinado a la realización personal) y que este fin (esta realización) se encontraría al alcance de pocos si la obligación exigiese a todos con urgencia moral la heroicidad, concluía que no estamos obligados a conservar la salud si no podemos conseguirla con los medios ordinarios⁴.

Los progresos científicos y técnicos, junto al aumento del nivel de vida, hacen muy insegura, aun para un determinado lugar y tiempo, la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios.

En moral no pueden existir fórmulas, ni medidas, de aplicación universal. Para formarse un juicio correcto sobre el carácter ordinario o extraordinario de un medio en un determinado caso, es necesario considerar diversos factores y confrontarlos en conjunto. El juicio conclusivo depende:

1. De la razonable confianza en el éxito.
2. Del nivel de cualidad humana de la vida conservada (sobre todo de la conciencia y del margen de libertad eficaz).
3. Del tiempo previsto de supervivencia.
4. De las molestias (del paciente, de los familiares, etc.) que llevará consigo el tratamiento.
5. de los gastos de la intervención o terapia en perspectiva familiar, individual, nacional e internacional (aquí entra en juego la economía de la salud).

Algunos de estos factores pueden ser considerados objetivamente. Otros, sin embargo, dependen de la apreciación o de la situación subjetiva del paciente: de su manera de comportarse en los sufrimientos, de la propia disponibilidad respecto de los medios necesarios, etc. Es oportuno no olvidar, por otra parte, que la *objetividad* de algunos elementos de juicio sólo tienen valor estadístico y que el porcentaje calculado de éxitos y de tiempo de supervivencia, no determina si el enfermo en cuestión confirmará, a nivel de los grandes números, el porcentaje considerado positivo o negativo. Por otra parte, si no se está obligado a soportar los medios extraordinarios, esto no quita el derecho a recurrir a ellos por parte de quien se siente motivado para ello.

La citada declaración sobre la eutanasia⁵, publicada el año 1980 por el órgano competente de la Santa Sede, superpone a la consideración de la cualidad, ordinaria o extraordinaria, de los medios la atención debida a la proporción o desproporción existente entre las dificultades, que su aplicación comporta, y las ventajas de los resultados razonablemente esperados (el balance del análisis coste-beneficios). Y precisa aún más, para facilitar la aplicación de este principio general: si faltasen otras alternativas, con el consentimiento del enfermo, es lícito correr el riesgo que comporta el recurso a un remedio en estado experimental. Si no se consiguen los resultados previstos, la terapia iniciada se podrá interrumpir, sin abandonar por ello los cuidados ordinarios. El recurso exclusivo a los medios normales puede estar justificado y ello no equivale de ningún modo al suicidio. Ni siquiera al homicidio.

Estas últimas afirmaciones requieren justificación, porque al mé-

dico le resulta difícil comprender cómo una renuncia al remedio que podría alargar la vida, sobre todo si se realiza de modo indefinido, no equivalga a la eutanasia condenada por la Iglesia.

No se concede ningún privilegio al pecado de omisión. Pero la omisión presupone el deber de realizar un determinado acto o intervención. De acuerdo con la doctrina pontificia, y con lo que la razón nos dice que se puede exigir de un común mortal, ninguno está obligado a soportar molestias desproporcionadas, de cualquier género, por una pretendida posibilidad de realizarse, cuando él no siente esa necesidad. No es lo mismo a expectativas normales de realización global (lo que implicaría un dar la espalda a la soberanía de Dios y a sus designios de amor, desobedeciendo simplemente al imperativo ético) y poner fin a la servidumbre de un tratamiento particularmente pesado, o rechazarlo por sus consecuencias, cuando el interesado se siente incapaz de dar sentido a la cualidad de la vida que podría conseguir. La supresión de un tratamiento en estas condiciones no conlleva un desprecio directo de la vida, aunque se deje vía libre al triunfo de la muerte. La irrupción de ésta es un efecto indirecto de un actuar honesto. Para que un efecto sea éticamente imputable a quien se abstiene de algo previendo el resultado, es necesario que exista obligación absoluta de evitar tal consecuencia.

Cuando los más precisos y actuales conocimientos científicos nos permiten asegurar una mejora cuyas ventajas compensen al enfermo de los inconvenientes del tratamiento, con su permiso o del que pueda decidir por él, es lícito, desde el punto de vista moral, no sólo interrumpir la aplicación de los medios extraordinarios en acto, sino también renunciar a la aplicación de terapias que prolongarían inútilmente la angustiosa situación de un incurable y de sus familiares. Se sigue que no hay obligación de mantener indefinidamente la respiración artificial a un paciente reducido a una vida meramente vegetativa, o que se encuentre en condiciones aún peores, y que no es necesario realizar una intervención quirúrgica para quitar la metástasis en inminente contacto con un órgano vital, cuando el proceso neoplásico es de tal modo irreversible que una intervención quirúrgica no haría otra cosa que prolongar los sufrimientos del enfermo y éste lo rechaza.

Los médicos encuentran una dificultad aún mayor cuando se trata de renunciar al ejercicio de su profesionalidad, cuando disponen de la técnica necesaria para prolongar indefinidamente la vida del paciente. Pero hay que reconocer que cuando un leucémico o uno que tiene insuficiencia renal crónica, debe periódicamente recurrir a la transfusión de sangre o a la diálisis, con un margen de autonomía cada vez más reducido, puede concluir que no le conviene prolongar más allá una vida llena de sufrimientos para sí y para sus familiares si su formación le incapacita para dar sentido a este modo de existencia y considera injustificados los gastos que el tratamiento exige a la familia o a la sociedad, cuyos recursos para la salud son limitados. No podemos negar al paciente el derecho, que es un deber, de administrar razonablemente la propia vida. Los códigos deontológicos de ordinario niegan expresamente al médico el derecho de imponer al enfermo un tratamiento contra su voluntad. Sólo el paciente puede decidir la prosecución o la interrupción de una terapia que debería serle ventajosa.

Merece recordarse que la interrupción de una terapia eficaz presupone el deseo expreso o razonablemente presunto del enfermo. Cuando éste no puede decidir personalmente, el fiduciario que legalmente u ocasionalmente debe dar el permiso en su nombre, debe atenerse a aquello que con razón supone querría decidir el enfermo, si fuera capaz, pero en tal momento se encuentra en estado de inconsciencia, o aquello que se prevee lo beneficiará al máximo, si no se puede ni siquiera conjeturar su voluntad. Su deber y el de los familiares, por otra parte, debe medirse con el del enfermo. De hecho no están obligados a emplear sino los medios ordinarios y proporcionados.

La opinión de Francis Bacon, como el objetivo original de las asociaciones pro-eutanasia de defender los propios miembros del encarnizamiento terapéutico suponen que exista en el paciente una causa, enfermedad o lesión, capaz por sí misma de producir la muerte. No deberíamos usar jamás el término sin esta proximidad del fin. Es la nota específica de la eutanasia, que la distingue claramente del ho-

micidio y del suicidio. Con éstos se quiere quitar la vida y se busca la muerte. Ésta se encuentra ya de alguna manera presente en los casos de verdadera eutanasia. En verdad con ésta no se huye de la vida, sino de la misma muerte, ésto es, del morir: el paciente quiere ahorrarse el angustioso proceso que lo llevará al inevitable y previsto fin. Ésta es la voluntad claramente expresada por los miembros de las asociaciones pro-eutanasia en el denominado *testamento biológico* o *testamento vital*. Pero en su deseo de conseguir de los poderes públicos el reconocimiento de cierta legitimidad al documento, han acentuado tanto el motivo de piedad hacia sí mismos y hacia los otros como justificativo de la decisión, que da lugar a una tercera perspectiva de la cuestión de la eutanasia: la que se identifica con la muerte por piedad.

No quiero adentrarme en la problemática jurídica y legal. Basta señalar qué cosa se propone con esta tercera acepción del término eutanasia, quitándole de la competencia propia del médico. Ciertamente una ley en este sentido comporta enormes peligros. La raíz y la fuente de los mismos creo se encuentra en la imposibilidad práctica de tipificar este supuesto derecho a disponer de la propia vida sin provocar a su vez la inseguridad en la tutela del derecho a conservarla. Los presupuestos que el mínimo moral, en el sentido técnico de esta expresión, debería excluir, no contienen nada de esencialmente diverso a la luz de los derechos personales: el permiso legal para poner fin a la vida del enfermo incurable y próximo al final parece que implica también la concesión de hacer lo mismo en la situación más triste todavía no terminal, del alienado mental sin remedio, del inválido para el que la vida no tiene interés, etc. «Si el derecho —en perfecta consonancia con la ética— no impide estos casos de eutanasia... sufriría contragolpes negativos en la conciencia también la prohibición general de no matar. Además sería bastante fácil el paso a la legalización de la supresión de los sujetos más gravemente atacados por malformaciones, de los enfermos mentales más peligrosos, de los inválidos, de los incurables, de los viejos, etc.»⁷

Una ley que quiera regular la eutanasia, pondría en crisis también la confianza requerida en las relaciones entre el enfermo terminal y el médico, dado que la intervención de éste no podría ya presentarse al enfermo como indefectiblemente buena para él; el enfermo sabría que los medios que han estado siempre al servicio de la salud y de la vida (inyecciones, medicinas, etc.) podrían volverse contra esos bienes. Y el mismo médico perdería, a la larga, defensas interiores que inhiben hoy la tentación de abreviar la vida para no correr el riesgo de prejuzgar los verdaderos intereses del paciente (*primum non nocere!*) o de algún familiar u otra persona. «Las elecciones por parte de la clase médica son sólo en apariencia libres y confiadas a valoraciones técnicas aunque también éticamente motivadas. En realidad la presión ejercida por la opinión pública, a menudo ayudada por la intervención de la magistratura, es notable»⁸. Poco a poco el médico se iría alejando de su fidelidad a la esfera que le corresponde, de acuerdo a como desde el principio ha sido concebida su profesión.

Hay que prestar atención, además, al hecho de que la muerte comporta a menudo también ventajas económicas o inconvenientes de carácter económico, en tal grado de turbar el juicio de los parientes y de condicionar el del médico. Este peligro viene hoy agravado por el hecho de que en una sociedad cada vez más envejecida, donde el rendimiento y la producción son los valores más considerados, los ancianos son marginados, son considerados inútiles. Sería fácil el paso de la eutanasia expresamente pedida por el enfermo, a la petición sólo supuesta, en los inconscientes, en los locos y así sucesivamente.

UNA MUERTE DIGNA

Hubiera querido ser menos prolijo en la primera parte de la exposición para poder desarrollar mejor los aspectos positivos de una laudable eutanasia, que permita al moribundo el ejercicio de su indiscutible derecho a morir con dignidad.

Hemos visto cómo el término *eutanasia* comporta múltiples variaciones y matices. Sintetizando, el término *eutanasia* responde a tres concepciones diversas: la proclamada por Bacon, que se refiere al deber médico de asistir al moribundo para aliviar, si no es posible ha-

cer otra cosa, sus sufrimientos; la de las modernas asociaciones *pro-eutanasia*, que reivindican un supuesto derecho de todo hombre a elegir el modo y el momento de morir; la preferida por los juristas, próclives a privilegiar la muerte ocasionada por piedad.

En torno a la segunda angulación he querido poner en claro que la ética más rigurosa ofrece al médico muchas posibilidades no sólo de evitar la *crueledad terapéutica*, sino también de ahorrarse al enfermo incurable un alargamiento no deseado de la vida; pero el médico no debería dejarse llevar de la concepción minimalista y negativa de ver cómo y hasta qué punto acelera de hecho el proceso de la muerte, sin faltar profesional y éticamente. Disminuir el tiempo de vida contradice su vocación personal y no está de acuerdo con la finalidad propia de las más importantes técnicas en las que se ha especializado. El acento de la intervención médica debe ponerse sobre la disminución del dolor —salvo voluntad expresa del paciente, por motivos comprensibles sólo desde el punto de vista de la fe— y en potenciar las cualidades que dignifican al ser humano, frecuentemente disminuidas en el último trecho de la vida por condicionamientos indebidos sobre el ejercicio de su libertad de conciencia, por la falta de información y de facilidad en hacer valer la propia iniciativa en lo que le afecta, por el aislamiento, que impide las relaciones sociales.

Contra estos impedimentos es necesario defender a favor del moribundo:

- El derecho a no sufrir inútilmente.
- El derecho a la libertad de conciencia.
- El derecho a conocer la verdad.
- El derecho a decidir sobre sí mismo y sobre todo lo que a él se refiere.
- El derecho a mantener un diálogo confiado con los médicos, la familia, sus compañeros y sucesores en el trabajo.

Derecho a no sufrir inútilmente

Prescindiendo de posibles imperativos confesionales, ninguna otra consideración, por muy noble y elevada que sea, debería anteponerse de parte del médico a aquella que es propia de su profesión y configura su identidad: salvaguardar la vida con una competente promoción de la salud y del bienestar, en cuanto éste depende de aquélla. Dicho negativamente, debe el médico, antes de nada, luchar, preventiva y terapéuticamente contra la enfermedad o debilidad, y contra el dolor o malestar que le acompaña. Los movimientos a favor de la eutanasia tienen razón en su esfuerzo por recordar a los médicos el segundo aspecto de su deber. Lo habíamos olvidado muy a menudo.

El tema del dolor merece estudiarse de manera más profunda. Yo mismo lo he hecho este año en una clase tenida en el hospital San Rafael de Milán el 5 de febrero. Lo resumo brevemente:

El dolor como síntoma es útil en cuanto nos ayuda en la diagnosis y en la supresión del mal que lo causa. La madurez y otros valores humanos conseguidos por quien ha sabido soportar el sufrimiento con dignidad no provienen necesariamente de los mismos sufrimientos y el valor ético de su experiencia presupone un maduro ejercicio de la libertad y motivos suficientemente nobles para soportarlo.

Al médico, frente al dolor, compete el ineludible deber de eliminar la causa o al menos aliviar sus efectos. Cuando no lo puede hacer sin disminuir la conciencia del enfermo, se verifica una cierta *des-humanización*, que viene compensada por el hecho precisamente que se evita la opresión causada por el sufrimiento mismo.

La dosis éticamente óptima de narcosis debería combinar el mínimo de dolor con el máximo de conciencia responsable. No se debe privar al enfermo del derecho a vivir la propia enfermedad y aun la propia muerte, pero pueden existir razones médicas para someter al paciente a un sueño profundo antes de que la muerte ponga fin a su vida.

Entrando finalmente en el terreno de la fe y de la teología mística, debemos reconocer que los sufrimientos tienen una virtualidad benéfica a nivel personal y también un valor apostólico para quien los vive voluntariamente, en unión con el amor oblativo de Jesucristo. Sin el presupuesto de una vocación sobrenatural, el paciente se expone a caer en los peligros ético-psicológicos que amenazan siem-

pre a la persona sometida al dolor: egoísmo moral, regresión psicológica, concentración estéril sobre sí mismo en perjuicio del prójimo.

He aquí por tanto las conclusiones:

1. Hay obligación de combatir la causa del dolor.
2. Es irrelevante al miedo a provocar la narcoddependencia, al menos en los últimos estadios de la vida.
3. La lucha contra el dolor justificaría, si fuese necesario y responsablemente reivindicado por el paciente, una indirecta disminución del tiempo de vida o de libre conocimiento.
4. Merecen ser escuchados los fieles que quieren sinceramente moderar el uso de los analgésicos y narcóticos por auténticos motivos religiosos.

Derecho a la libertad de conciencia

Claramente formulado en el artículo 18 de la Declaración de los derechos humanos e inserto en las Constituciones de la mayor parte de los Estados modernos, viene exigido por la dimensión ética del ser humano y por la auto-comprensión de su existencia como don y como proyecto a realizar. Cada uno se siente obligado a ser aquello que debe ser, actuando a este fin de acuerdo con su conciencia en todas las decisiones de su vida. La declaración *Dignitatis humanae*, del Concilio Vaticano II, ofrece el fundamento y desarrolla las consecuencias de este principio. Un proselitismo irrespetuoso aumentaría las angustias del enfermo terminal y podría perjudicarlo gravemente. Ningún moralista duda que el Buen Dios premiará a quien muere reconciliado con la propia conciencia, aunque se encuentre en el error, objetivamente hablando. Podría perderlo, por el contrario, un salto a la verdad objetiva contra su propio sentir y comprender. Se sigue el deber de facilitar el acceso al enfermo de los ministros religiosos o de otras personas, que puedan ayudarlo a encontrar la paz consigo mismo o a dar un sentido al proceso de su enfermedad o de la misma muerte, sea la que sea su sincera confesión e ideología.

Repugna a la sensibilidad moderna la presentación medieval del momento de la muerte como el momento del que depende el destino para cada uno, pero no podemos privar al moribundo del derecho a optar en los últimos momentos de la vida, corrigiendo los errores o coronando su colaboración a aquellos ideales que han dado sentido a su trabajo. Al empeño ético de realizarse y perfeccionarse solidariamente durante la vida, corresponde el derecho de completarlo, determinando de acuerdo con la propia conciencia, el proceso de la propia muerte.

En los umbrales de la muerte, todos recordaremos la vida y la muerte en la cornisa de nuestra ideología y de nuestras creencias. No siempre será el médico el más apto para ayudar al moribundo en la necesidad de asumir la realidad del estadio terminal desde el punto de vista de la propia concepción del mundo y de la vida. Por eso el médico no puede cerrar al enfermo la variedad de posibilidades de ser ayudado por exigencias de tratamiento médico no indispensable; debe más bien facilitarle el acceso de personas capaces de ayudarlo, como diremos en otra parte. El último servicio a una vida consiste en ayudarla a vivir su fin, esto es la muerte, de modo personal y responsable, sea que el interesado piense poner punto final a su existencia, sea que viva su muerte como apertura a la trascendencia. Da un sentido a la muerte sólo quien ha sabido dar un sentido a la vida.

El beneficiario de la intervención médica es siempre una persona, que tiene derecho a crecer hasta el final, aun en el proceso de la muerte, ante sí mismo, ante los otros y ante el mismo Dios, cuando cree en Él.

Derecho a conocer la verdad

El conocimiento de las cosas que se refieren a un enfermo y el correspondiente deber de informarle sobre las mismas, deriva de la dignidad de la persona y está en la base de la convivencia social como condición indispensable para el ejercicio de la propia responsabilidad en la realización integral de sí mismo. No sólo la mentira, aun la escasa sinceridad destruiría la confianza necesaria en el diálogo interpersonal y de manera particular en la relación del enfermo con su médico. De ahí la importancia que tiene la credibilidad, su opción

por la verdad, aun cuando ésta comporta el deber de descubrir hechos de alta incidencia psicológica en el enfermo, como un pronóstico funesto. Precisamente en este caso urge más, a mi modesto parecer, seguir la norma tenida como recta en circunstancias normales: el paciente tiene derecho a conocer la diagnosis, la terapia en curso, y la prognosis, el peligro que corre, la probabilidad de curar y el tiempo previsible necesario para ello.

Sin la verdad es imposible comprender de qué tiene necesidad el enfermo sin esperanza. Resulta funesto, para una correcta relación con el enfermo, el dejarse llevar de lo que se llama *el círculo infernal de la mentira*, una fuente de engaños y de injusticia. La opción por la verdad abre enormes posibilidades para humanizar también el último arco de la vida.

El derecho del enfermo terminal a la verdad puede ciertamente entrar en conflicto con el motivo primero de su actual relación con el médico: el alivio de sus dolores. La solución no consiste en eliminar uno de los dos valores contrastantes —alivio y verdad— sino en superar la tensión entre los dos mediante una progresiva y pedagógica revelación de la situación. De tal modo el médico puede hacer al enfermo consciente un poco más cada día de la verdad y puede llegar a descubrirla toda cuando sabe que está en grado de asumirla de manera positiva.

En caso de duda, debe considerarse prioritario el derecho del moribundo a conocer la verdad, dado que en su situación ésta requiere decisiones de particular importancia. El criterio último debe ser el bien de su persona integralmente considerada, que no puede ser reducida al máximo de bienestar posible aquí y ahora, sin tener en cuenta la trascendencia propia de todo ser humano, sea como sea el modo como la comprende el paciente de acuerdo con su propia concepción del mundo y de la vida (su *Weltanschauung*).

Todo médico con experiencia se muestra humilde y discreto en formular un parecer respecto a la situación sin esperanza del enfermo. Sería cruel exagerar el significado de la prognosis y más aún presentar como conclusión sólidamente fundada el temor o la mera sospecha, no confirmada. Pero el conocimiento moralmente cierto de una muerte inevitable y próxima debe ser comunicada al enfermo, para que éste pueda realizarse también en el último acto de su vida. Este deber presupone la capacidad del sujeto de asumir y representar bien su papel en este momento decisivo. Dejarle alguna esperanza («un pedazo de cielo», como dicen algunos) puede ayudar, pero no podemos olvidar que quitar una falsa esperanza puede abrir el paso a otro tipo de esperanza, que permita al enfermo asumir la verdad con mayor alivio y realizarse así plenamente como hombre. Esto tiene lugar también en el caso de personas que no creen en la vida futura, pero que han sabido dar algún sentido a su vida y a su relación con los demás. La expresión ambigua, «derecho del paciente a morir», tiene un sentido cierto: ningún humano debe ser privado del derecho que tiene a vivir su propia muerte, coronando así la propia realización con la muerte. Evitaremos, por lo tanto, comunicar esta verdad sólo cuando nos consta que el otro es incapaz de soportarla. El derecho a la verdad desaparece, cuando sumerja al enfermo en la desesperación fatalista y en anulación del ser personal, cuando la verdad sólo pueda ser concebida como una condena a muerte sin razón y sin sentido. El deber de comunicar la verdad desaparece cuando sabemos con certeza que sólo podrá hacer daño.

Nunca sería honesto callar simplemente, o delegar, para huir de la propia dificultad. Esta proviene de la repugnancia que todos tenemos ante el rostro de la muerte, y del hecho de que no conocemos nuestra muerte futura, si no es a través de la muerte de los otros, presente. Quizás esto explica por qué los médicos tienden a huir el afrontamiento de la muerte y a no hablar de ella con el paciente en peligro inminente, cuando no se atrincheran tras una asistencia exclusivamente técnica, centrada sobre el proceso biológico, despersonalizando al enfermo y perdiéndose ellos mismos en el despersonalizado equipo que asiste al enfermo.

Derecho a decidir personalmente

Desde que la cultura moderna ha tomado conciencia de la llegada de la humanidad a una *mayoría de edad*, el derecho a decidir per-

sonalmente en lo que toca a cada uno, es cada día más reivindicado en los diversos campos de la actividad social, y no sin motivo: lo que hace digno y a la vez humano un proceder es precisamente que se decida por la libre voluntad del actor. Los códigos deontológicos de los diversos colegios médicos, promulgados recientemente, y más aún los catálogos que sintetizan los derechos del enfermo, corrigen la tendencia del médico a imponer la propia voluntad al enfermo, para su bien ciertamente, pero con un estilo paternalístico ya descalificado en el mundo de las relaciones de trabajo. Es necesario tener particular cuidado de sensibilizar a los médicos acerca del valor de la decisión personal, porque la técnica, con la acumulación de aparatos, el registro de datos y con el trabajo en equipo, rompe el contacto médico-enfermo, crea una distancia de sujeto a sujeto. Pero este contacto resulta necesario para sentir más fácilmente interés por la persona como tal.

Pienso que no se puede justificar la práctica de algunos médicos, que procuran mantener al moribundo en la ignorancia y se preocupan sólo de informar a los familiares para conocer su parecer, sobre lo que sea conveniente. No han entendido que el titular del derecho a conocer y decidir es la persona, a cuyo servicio se pone la medicina.

La libertad del enfermo, informada y pronta para decidir, urge sobre todo cuando el enfermo debe decidir sobre asuntos importantes o definitivos, como sucede con frecuencia en el enfermo terminal. Para que el enfermo pueda ser protagonista responsable de lo que se relaciona con su enfermedad, se supone que conoce los datos relevantes de la diagnosis, de la prognosis y de las alternativas terapéuticas posibles. Sólo así se puede elegir y aceptar o rechazar el tratamiento con conocimiento de causa.

Es deber del médico informar objetivamente al enfermo personalmente, o por medio de otros, aptos al caso, de los datos antes indicados. Sería un abuso de confianza servirse del poder que confiere la situación de dependencia, en la que se encuentra el paciente, para influir sobre sus decisiones y todavía más para sustituirlas. Se engañaría a sí mismo, no obstante la excusa de ayudar al enfermo o quizá a sus familiares, o representantes legales, si la información subrayase más algunos datos que otros, condicionando así la decisión en el sentido deseado. Sería él el único responsable de la decisión, con el agravante del engaño.

Ayudar a decidir responsablemente no significa determinar el sentido de la opción, sino ofrecer al enfermo toda la información y, si es posible, todo el tiempo necesario para que comprenda los elementos que pueden influir en el resultado. Al hacer referencia al tiempo, seamos conscientes de la escasez de tiempo que tiene a menudo el médico; queremos sólo llamar la atención del mismo sobre el ritmo lento de asimilación de las ideas al que está sometido el enfermo terminal por motivos fisiológicos y psicológicos. Se necesita tiempo para vencer las propias resistencias y también para *escuchar*, gracias a la repetición, lo que quizás ya le ha sido dicho; el sonido al principio resbaló en su oído.

Dejando de lado el problema de si interrumpir o mantener un tratamiento normal, la situación del enfermo terminal invita frecuentemente a probar un medicamento o una técnica en período de experimentación. Todo cambio en la intervención médica, que no se pueda considerar implícitamente aceptado por el enfermo por su normalidad en circunstancias semejantes, exige el permiso del interesado o de quien lo representa. Si el enfermo tomase la iniciativa (rechazando por ejemplo un tratamiento), hará bien el médico en seguir sus deseos, cuando está éticamente de acuerdo con este modo de proceder y no existe motivo para sospechar que la decisión sea debida a alguna coacción de otros o de circunstancias que pueden modificarse. Se trata en este caso de salvaguardar su libertad, condición necesaria para que la opción sirva al perfeccionamiento ético del ser humano. Pero tutelar la libertad de otros nunca puede significar abdicar de la propia responsabilidad. Cuando el médico considera éticamente inaceptable la decisión del enfermo, debe buscar un colega que tome su puesto, dado que el respeto a una tal decisión no justificaria su colaboración formal a una acción u omisión que él considera objetivamente no honesta. No se puede exagerar el valor del consentimiento. Lo que justifica una intervención quirúrgica o un tratamiento no

es el permiso del paciente, sino la causa que lo motiva y la indicación del método adoptado. No es lícito el homicidio porque el enfermo lo consienta.

Derecho al diálogo confiado

El ser humano se realiza en solidaridad. El enfermo terminal tiene derecho, y también el deber, de completar su contribución social y que no le falte la ayuda de los otros antes del final. Merecen particular atención las relaciones con el médico, con la familia y con los amigos más próximos, y con el mundo de su profesión o actividad laboral.

El médico, consciente de la importancia que tiene la confianza del enfermo en él para el buen éxito de las medidas terapéuticas y sedantes procura que exista ya desde los primeros contactos mediante una relación interpersonal de comprensión y acogida, que invitan al paciente a manifestar sus temores y sospechas. Esta actitud y la comunicación con los enfermos hay que mantenerlas sobre todo en el estadio final.

El progreso técnico, con la interposición de mecanismos, gráficos y carpetas entre el médico y el enfermo, para no decir nada de la lejanía que sugieren e imponen la vestidura blanca, los ambientes esterilizados y la situación del primario como la cabeza del equipo que le da los datos, hacen difícil la sintonía humana y hacen imposible la cercanía corporal entre ambos. La indignidad del enfermo, radicalizada hacia el final de la vida, le hace desear mucho el contacto físico que le da alivio. Es necesario que las intervenciones sanitarias, y particularmente la persona del médico, recuperen la cercanía corporal con el enfermo, que antes era necesaria y manifiesta, y que hoy le ha sido robada, por un exceso de técnica científica, o más bien de un frío tecnicismo académico. Nada tranquiliza tanto en estos momentos difíciles como el diálogo confiado y abierto con el experto en las causas del malestar. Nada agrava tanto el dolor y la ansiedad como la soledad y la sensación de abandono por parte del médico. Y esto puede suceder sin que se quiera expresamente, sólo por la interposición de las acostumbradas diligencias que establecen una separación, o de aparatos que hacen imposible el diálogo, o por la creación de zonas esterilizadas con accesos prohibidos.

Es necesario someter a juicio crítico el empleo de ciertos controles que, para proteger de gérmenes nocivos al enfermo terminal, lo sustraen a sus familiares y amigos y lo dejan en la fría compañía de la máquina. Merece compasión el estado de humillación y de abandono que ofrecen algunos enfermos terminales con el rostro y el organismo invadidos de tantos tubos y sondas, obligados a mantenerse presos de instrumentos muertos para continuar en vida. Si se puede llamar vida a un estado de postración tan degradante. En tales condiciones no puede menos de sentir su dignidad pisoteada, sobre todo si desea expresar su parecer, comunicar con alguien, y no le es posible.

Venciendo la natural repugnancia a su cercanía, algunos médicos han estudiado el curso de las emociones, no siempre iguales, que se suceden, después de conocer una prognosis que apunta con mayor o menor incidencia al hecho de la muerte⁹. El conocimiento de estas reacciones y de su profundo significado por parte de los médicos facilitaría enormemente el diálogo interpersonal de que necesita el enfermo. Permitiría también a los médicos advertir a los familiares más cercanos que las reacciones de indiferencia y agresividad, de las que son víctimas, no quieren y no deben ofenderles. Estaría fuera de lugar ofenderse y sentirse culpables, porque no están motivadas por su comportamiento. Pertenecen a una etapa del proceso, como natural expresión del disgusto que experimenta el enfermo. Ver sufrir a los suyos aumenta el disgusto del enfermo terminal y se manifiesta así. Son víctimas de ello aquellos que él más ama. En su presencia se deja llevar y pierde todo freno inhibitorio, no se controla.

El médico no debe reservar celosamente para sí la comunicación personal con el enfermo, ni siquiera respecto a las cuestiones de la salud. El alivio, que debe siempre ofrecer el paciente puede buscarlo y sentirlo mejor con otra persona, a la que le resulta más fácil manifestar sus deseos íntimos. Facilitando a esta persona el contacto con el enfermo y procurándole los datos y consejos convenientes para este

fin, el médico cumplirá del mejor modo posible su deber de asistir al moribundo y de ayudarlo a aceptar la muerte como algo propio, personal, que nadie debe quitarle, que tiene derecho a vivir como consumación de su propia vida en solidaridad con los otros.

En el grupo de trabajo convocado por el Consejo Pontificio *Cor unum* con el fin de estudiar algunas cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos (12-14 noviembre 1976) los representantes del Tercer Mundo llamaron la atención de sus colegas sobre «la importancia que tiene para el hombre terminar sus días, en cuanto sea posible, en la integridad de su personalidad y de las relaciones que tiene con su ambiente, en particular con su familia»¹⁰.

Hasta el siglo pasado, el proceso de la muerte y la muerte misma tenían lugar también entre nosotros, con toda naturalidad, en familia. Los progresos técnicos y la mayor facilidad de usarlos en las instituciones mejor instaladas, han alejado la presencia de la muerte de la vida cotidiana y han creado un auténtico *tabú* de la muerte. La sociedad tiende a ignorar su presencia y, aun cuando se perciba ya en algún grupo minoritario una sana tendencia a reintegrar este sector de la vida en el arco completo de la misma, no resulta fácil al médico trabajar en esta dirección. No favorece a su prestigio, como autor de salud, verlo cercano a la muerte; además, los servicios del hospital y la clínica donde trabaja han institucionalizado el ocultamiento de la muerte.

Sería injusto culpar exclusivamente a los médicos del fenómeno cultural que aleja de la convivencia social este factor muerte, tan cotidiano como lo es el nacimiento, pero no se puede dudar su influencia sobre la sistematización de las estructuras sanitarias donde trabajan, y también sobre la creación de la escala de valores que señala el modo común de sentir acerca de cuanto se mueve alrededor de la enfermedad y también de la muerte. También los ministros de la Iglesia se atreven hoy menos que en el pasado a hablar del término de la vida y han abandonado casi del todo el promover actos de piedad para preparar una buena muerte, no obstante la función clave que ésta posee para comprender la verdad del más allá y de la dimensión trascendente del ser humano, a cuya promoción consagran su vida. Habiendo perdido el sentido de la vida, se pierde también el sentido de su fin. La eutanasia directa activa es una *huida hacia adelante* de la misma muerte y debe su actualidad al miedo que se siente de la muerte. Aun desde el punto de vista meramente humano, una cierta familiaridad con la muerte facilita el encuentro con ella y, si deseamos que la misma nos atemorice menos y la podamos vivir con más naturalidad, vale la pena evitar el ocultamiento de lo que resulta inevitable. Matar el *tabú* de la muerte, poner fin al autoengaño facilitará al hombre el encontrarse consigo mismo y lo capacitará para dar una nueva dimensión a su propio sentido de responsabilidad ante la muerte. De ordinario le cuesta mucho al moribundo abandonar sus *actividades profesionales* y sus responsabilidades sociales. Le sirve particularmente de alivio darse cuenta que los suyos están y estarán atendidos. No podemos menos de pensar al cuidado con el cual Jesús, desde la cruz, confió su madre al discípulo predilecto, y al mismo tiempo confiaba a su materna protección a sus discípulos y a toda su obra en la persona de Juan.

La previsión de la muerte a medio y breve final permite al enfermo resignarse a ser sustituido en sus responsabilidades sociales. Si el enfermo puede entrar en contacto con aquel que lo sustituirá y sabe que éste actuará según su deseo, se sentirá muy aliviado. Resolver, antes de su muerte, algunos de los problemas que su ausencia comportará a su familia, y otros que dependen de su actividad profesional, le permite superar el egoísmo que fácilmente acompaña el instinto de conservación y le facilita el placer del trabajo hasta donde puede dirigirlo bien. Encuentra también alivio en relación a temores y angustias que se presentaban inciertas. Puede así coronar el compromiso de su propia realización en una perspectiva social. Desde la pobreza de sus posibilidades puede gritar: *consummatum est*, todo ha sido cumplido (Jn 19, 30).

De los tres conceptos de eutanasia que he tratado, se podría sacar como denominador común el imperativo de tener piedad del moribundo durante su traspaso, cosa muy diferente de darle la muerte por piedad. Pero esto no es suficiente. Una visión positiva de la eutanasia debe permitir al médico y a quien colabora con él procurar al mori-

tando la posibilidad de morir con dignidad, ésto es, aliviado de sus sufrimientos y en el ejercicio de la propia responsabilidad personal y social.

BIBLIOGRAFÍA

1. M. CUVAS: *L'eutanasia dal punto de vista deontologico*, in *Nuovi saggi di Medicina e Scienze Umane*. Istituto Scientifico San Raffaele, Milano, 1984, pp. 437-447.
2. *Advancement of Learning*. Book II, pp. 356-357 e *De dignitate et augmentis scientiarum*. Liber IV, cap. 2, p. 595. *The Works of Francis Bacon*, London 1859-1858, unverändert Neudruck, Stuttgart 1963, voll. 3 e 1.
3. SACRA CONGREGATIO PRO DOCTRINA FIDELI, *Declaratio de euthanasia*, 5 Maggio 1980, AAS 72 (1980) 542-552.
4. Vedi né eutanasia né accanimento terapeutico, Editoriale. *La Civiltà Cattolica* 138/1 (1987) 313-326.
5. PIO XII: Discorso su delle questioni riguardanti l'anestesia, 24 Febbraio 1957, AAS 49 (1957) 129-147.
6. PIO XII: Discorso su delle questioni riguardanti le nuove tecniche di rianimazione, 24 Novembre 1957, AAS (1957) 1027-1033.
7. GIACOMO PERICO: *Problemi di etica sanitaria*. Ancora, Milano 1985, p. 124.
8. ANGELO FIORI: *Problemi medico-legali dell'eutanasia*, in *Il valore della vita, L'uomo di fronte al problema del dolore, della vecchiaia, dell'eutanasia*. Vita e Pensiero, Milano 1985, p. 197.
9. ELISABETH KUBLER-ROSS: *On Death and Dying*. Macmillan Publishing, New York 1973.
10. *Algunas cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos*. Pontificium Consilium Cor Unum, Città del Vaticano 1981, p. 5. Vedi *Enchiridion Vaticanum*, vol. 7, nn. 1234-1281.

LH

II-2

ACTITUD DEL MÉDICO ANTE EL ENFERMO INCURABLE. EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD*

Jordi Gol Gurina

Jordi Gol Gurina acudió en el curso de una sesión preparatoria del X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana (1976), celebrado en Perpinyà, una definición de salud mental que, discutida, comentada y sintetizada, fue adoptada por los congresistas como apta para expresar los aspectos más dinámicos y adaptativos de la persona frente a la enfermedad. Así, la salud aparece como aquella manera de vivir que tiende al máximo de plenitud o de realización personal, acordándolo con tres parámetros principales: autonomía, solidaridad y bienestar (término que se contrapone a bienestar). Desde esta concepción se analiza en el artículo el concepto de dignidad del enfermo y del moribundo, y la atención a los pacientes, así como las aptitudes del médico para poder actuar con competencia clínica y calidad humana.

Los problemas que suscita la asistencia a los enfermos incurables son de una importancia creciente. Puede decirse que en los países desarrollados llegan ya a la mitad las muertes precedidas por una prolongada etapa invalidante y penosa. Es la contrapartida del éxito conseguido en la reducción de la mortalidad por procesos agudos, en la lentificación del curso de los procesos crónicos y en la supervivencia de los grandes inválidos, o sea, en el aumento de la duración media de la vida.

Ni la ideología medicosanitaria predominante¹ ni la configuración de nuestra sociedad han permitido que este índice de vida añadido alcance la calidad media que se obtendría aplicando unos recursos sanitarios, psicológicos y sociales razonables. Las instituciones asistenciales que acogen gran parte de los terminales están más preparadas para prolongar sofisticadamente la enfermedad que para satisfacer las necesidades humanas de estos enfermos. Los medios so-

* Foz, M., ERILL, S. y SOLER, C.: *Terapéutica en Medicina Interna*. Barcelona: Doyma, 1983.

ciales disponibles parecen disminuir: familia reducida a su dimensión nuclear, trabajo extradoméstico generalizado, menor comunicación y solidaridad intergeneracional. A esto hay que añadir la necesidad de cuidados a menudo complejos y la ausencia casi universal de un médico de cabecera o de familia competente, disponible y de confianza².

Por otro lado, los factores que otrora permitían al enfermo proyectarse con alguna esperanza hacia el futuro, incluso más allá de la muerte, como la fe religiosa, la idea de sobrevivir en el recuerdo, en los hijos, en cualquier tipo de valor o de interés transpersonal, atraviesan una crisis más o menos generalizada. Ni el enfermo ni sus allegados suelen estar en condiciones de aceptar con naturalidad el rostro de la muerte, que la sociedad occidental ha convertido en forastero. Nuestra cultura, enfatizadora de la eficacia y del poseer en detrimento del ser, pretende que lo relativo a la muerte —asunto fundamentalmente personal y social— sea competencia exclusiva de los profesionales; pero ellos son también parte de la sociedad alienada. Por otra parte, las ciencias de la salud no disponen de ninguna respuesta específica a los interrogantes de la vida y de la muerte³.

Es de desear que la creciente sensibilización, las críticas y las iniciativas múltiples que van apareciendo como respuesta a esta situación produzcan cambios lo más rápidos y significativos posibles.

La sistematización de criterios de actuación médica ante estos enfermos es tarea difícil. A pesar de los serios intentos llevados a cabo, no podemos todavía protocolizar situaciones personales y sociales de cara a su asistencia a la manera de tipos y estadios de enfermedad. Por otra parte, los límites de la responsabilidad del médico, del sistema sanitario y de la sociedad son imprecisos. Sin embargo, es evidente, que el papel de este profesional no puede reducirse a la actividad estrictamente clínica. Resalta aquí de una manera especial su obligación de poner a la vez los medios científicotécnicos y la proximidad humana al servicio de la persona enferma⁴.

Voy a proponer objetivos y principios que quedan en gran parte fuera de las fronteras de la ciencia positiva, que por naturaleza es impersonal, objetiva, imposible y neutra. Pero no se trata de ella, sino de los científicos. Éstos, y más si son médicos, han de considerar fun-

tando la posibilidad de morir con dignidad, ésto es, aliviado de sus sufrimientos y en el ejercicio de la propia responsabilidad personal y social.

BIBLIOGRAFÍA

1. M. CUVAS: *L'eutanasia dal punto de vista deontologico*, in *Nuovi saggi di Medicina e Scienze Umane*. Istituto Scientifico San Raffaele, Milano, 1984, pp. 437-447.
2. *Advancement of Learning*. Book II, pp. 356-357 e *De dignitate et augmentis scientiarum*. Liber IV, cap. 2, p. 595. *The Works of Francis Bacon*, London 1859-1858, unverändert Neudruck, Stuttgart 1963, voll. 3 e 1.
3. SACRA CONGREGATIO PRO DOCTRINA FIDELI, *Declaratio de euthanasia*, 5 Maggio 1980, AAS 72 (1980) 542-552.
4. Vedi né eutanasia né accanimento terapeutico, Editoriale. *La Civiltà Cattolica* 138/1 (1987) 313-326.
5. PIO XII: Discorso su delle questioni riguardanti l'anestesia, 24 Febbraio 1957, AAS 49 (1957) 129-147.
6. PIO XII: Discorso su delle questioni riguardanti le nuove tecniche di rianimazione, 24 Novembre 1957, AAS (1957) 1027-1033.
7. GIACOMO PERICO: *Problemi di etica sanitaria*. Ancora, Milano 1985, p. 124.
8. ANGELO FIORI: *Problemi medico-legali dell'eutanasia*, in *Il valore della vita, L'uomo di fronte al problema del dolore, della vecchiaia, dell'eutanasia*. Vita e Pensiero, Milano 1985, p. 197.
9. ELISABETH KUBLER-ROSS: *On Death and Dying*. Macmillan Publishing, New York 1973.
10. *Algunas cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos*. Pontificium Consilium Cor Unum, Città del Vaticano 1981, p. 5. Vedi *Enchiridion Vaticanum*, vol. 7, nn. 1234-1281.

LH

II-2

ACTITUD DEL MÉDICO ANTE EL ENFERMO INCURABLE. EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD*

Jordi Gol Gurina

Jordi Gol Gurina acudió en el curso de una sesión preparatoria del X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana (1976), celebrado en Perpinyà, una definición de salud mental que, discutida, comentada y sintetizada, fue adoptada por los congresistas como apta para expresar los aspectos más dinámicos y adaptativos de la persona frente a la enfermedad. Así, la salud aparece como aquella manera de vivir que tiende al máximo de plenitud o de realización personal, acorándolo con tres parámetros principales: autonomía, solidaridad y bienestar (término que se contrapone a bienestar). Desde esta concepción se analiza en el artículo el concepto de dignidad del enfermo y del moribundo, y la atención a los pacientes, así como las aptitudes del médico para poder actuar con competencia clínica y calidad humana.

Los problemas que suscita la asistencia a los enfermos incurables son de una importancia creciente. Puede decirse que en los países desarrollados llegan ya a la mitad las muertes precedidas por una prolongada etapa invalidante y penosa. Es la contrapartida del éxito conseguido en la reducción de la mortalidad por procesos agudos, en la lentificación del curso de los procesos crónicos y en la supervivencia de los grandes inválidos, o sea, en el aumento de la duración media de la vida.

Ni la ideología medicosanitaria predominante¹ ni la configuración de nuestra sociedad han permitido que este índice de vida añadido alcance la calidad media que se obtendría aplicando unos recursos sanitarios, psicológicos y sociales razonables. Las instituciones asistenciales que acogen gran parte de los terminales están más preparadas para prolongar sofisticadamente la enfermedad que para satisfacer las necesidades humanas de estos enfermos. Los medios so-

* Foz, M., ERILL, S. y SOLER, C.: *Terapéutica en Medicina Interna*. Barcelona: Doyma, 1983.

ciales disponibles parecen disminuir: familia reducida a su dimensión nuclear, trabajo extradoméstico generalizado, menor comunicación y solidaridad intergeneracional. A esto hay que añadir la necesidad de cuidados a menudo complejos y la ausencia casi universal de un médico de cabecera o de familia competente, disponible y de confianza².

Por otro lado, los factores que otrora permitían al enfermo proyectarse con alguna esperanza hacia el futuro, incluso más allá de la muerte, como la fe religiosa, la idea de sobrevivir en el recuerdo, en los hijos, en cualquier tipo de valor o de interés transpersonal, atraviesan una crisis más o menos generalizada. Ni el enfermo ni sus allegados suelen estar en condiciones de aceptar con naturalidad el rostro de la muerte, que la sociedad occidental ha convertido en forastero. Nuestra cultura, enfatizadora de la eficacia y del poseer en detrimento del ser, pretende que lo relativo a la muerte —asunto fundamentalmente personal y social— sea competencia exclusiva de los profesionales; pero ellos son también parte de la sociedad alienada. Por otra parte, las ciencias de la salud no disponen de ninguna respuesta específica a los interrogantes de la vida y de la muerte³.

Es de desear que la creciente sensibilización, las críticas y las iniciativas múltiples que van apareciendo como respuesta a esta situación produzcan cambios lo más rápidos y significativos posibles.

La sistematización de criterios de actuación médica ante estos enfermos es tarea difícil. A pesar de los serios intentos llevados a cabo, no podemos todavía protocolizar situaciones personales y sociales de cara a su asistencia a la manera de tipos y estadios de enfermedad. Por otra parte, los límites de la responsabilidad del médico, del sistema sanitario y de la sociedad son imprecisos. Sin embargo, es evidente, que el papel de este profesional no puede reducirse a la actividad estrictamente clínica. Resalta aquí de una manera especial su obligación de poner a la vez los medios científicotécnicos y la proximidad humana al servicio de la persona enferma⁴.

Voy a proponer objetivos y principios que quedan en gran parte fuera de las fronteras de la ciencia positiva, que por naturaleza es impersonal, objetiva, imposible y neutra. Pero no se trata de ella, sino de los científicos. Éstos, y más si son médicos, han de considerar fun-

damentales las referencias a la persona, al sujeto, a la compasión y a la ética³, referencias que a su vez constituyen una de las justificaciones de las ciencias médicas.

ACERCA DEL CONCEPTO DE ENFERMO INCURABLE Y DE ENFERMO TERMINAL

Dejo de lado toda consideración acerca de la incurabilidad de procesos o achaques de poca importancia y de la terminalidad —mortalidad— de toda vida humana, como de toda vida pluricelular. En este trabajo el término incurable se aplica solamente a quien sufre una minusvalía o una enfermedad irreversible que, directamente o por las medidas asistenciales suscitadas, incide profundamente en su autonomía física, psíquica o social. De manera semejante, entiendo por terminal al enfermo de pronóstico mortal, directamente o por complicaciones inevitables, y sólo a partir del estadio en que la enfermedad, las medidas terapéuticas o el mismo pronóstico comprometan alguna de las tres autonomías citadas. La situación concreta del incurable o del terminal no se caracteriza por la naturaleza de la enfermedad causal, sino por el tipo, grado y curso de las disfunciones y por la actitud que el interesado adopta ante ellas. Las consideraciones que siguen son aplicables en distinto grado a los dos grupos de enfermos; dejo que el sentido crítico del lector supla distinciones y clasificaciones que harían más prolijo el texto.

OBJETIVOS GENERALES DE LA ATENCIÓN MÉDICA AL INCURABLE Y AL TERMINAL

Excluida la hipótesis de curar la enfermedad, conviene definir cuáles son los objetivos que ha de proponerse la atención médica con respecto a estos enfermos. Creo que tales objetivos —o dicho de otra manera, el bien del enfermo— pueden concretarse en dos: por un lado, algún tipo de incremento o de mantenimiento de salud compatible con su condición; por otro, la dignidad que tendría que acompañar a toda vida humana hasta su final.

Acercas de la salud del enfermo incurable o terminal

El hábito de considerar la salud como virtualmente sinónimo de ausencia de enfermedad y de invalidez justifica ideológicamente una medicina dedicada casi exclusivamente al estudio, prevención y tratamiento de las enfermedades. Este hábito desarma al médico ante el incurable y predispone a la desgana («no se puede hacer nada») o a la pretensión de prolongar al máximo y linealmente la vida, al margen de otras consideraciones. En ambos casos el bien del enfermo no es contemplado como finalidad de la asistencia.

La formulación de la OMS (1946)⁴ introdujo el parámetro bienestar en la noción de salud. Con él se enfatizaba una de las tareas tradicionales del médico, que la tecnificación creciente tiende a dejar en segundo plano. Así, conseguir bienestar para el enfermo es acercarlo a la salud aun sin curarlo. La mitigación del dolor y demás molestias, de la angustia y de la soledad, son cometidos para los que el médico de hoy está poco adiestrado y que a veces infravalora al adoptar decisiones. De todas maneras, no parece que el contenido de la palabra bienestar pueda abarcar todo el bien del enfermo. Incluso algunas interpretaciones posibles, a las que se presta todavía más este término que la expresión original inglesa *well-being*, chocan con el concepto de dignidad; como medida fácil y segura de bienestar podríamos mantener al enfermo sistemáticamente pasivo, ignorante, engañado, incluso definitivamente dormido.

De aquí que hayan surgido nuevas aproximaciones al concepto de salud, intentando establecer un punto de referencia valioso para una gama amplia de situaciones personales y de acciones medicosanitarias. En el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana (1976)⁵, se la concibe dinámicamente como aquella manera de vivir que tiende al máximo de plenitud o de realización personal, acotándola con tres parámetros principales: autonomía, solidaridad y bienestar. Autonomía entendida como plenitud funcional, como capacidad para decidir y para establecer las propias normas y como reducción de todo tipo de dependencias. Solidaridad, significando capacidad para establecer relaciones interpersonales constructivas,

para objetivos que trascienden al individuo y para amar. El bienestar sería una vivencia que, a diferencia del bienestar, se sitúa en un nivel muy profundo de la personalidad⁶, que es compatible por lo tanto con el malestar, y que aparece como resultado de ir estableciendo una relación positiva con la propia realidad histórica, personal y social. Según esta concepción, la enfermedad, la invalidez y la falta de bienestar inciden en la salud en tanto que reducen la autonomía personal. Hay que observar que de los tres parámetros citados se infiere que el contenido de la realización personal no sólo puede ser distinto para cada persona, sino que puede ser hasta cierto punto optativo.

Parece evidente que la situación de incurabilidad o de terminalidad no es obstáculo necesariamente insalvable para una completa o por lo menos aceptable realización personal. Un grupo terapéutico —enfermo, médico o equipo asistencial y allegados— trabajando en base a esta concepción de salud puede llegar a resultados significativos; por ejemplo, a cambios importantes de actitud, y no sólo del enfermo, sino de otros integrantes del grupo. Incluso a que aquel asuma válidamente objetivos vitales como el prestarse a colaborar como objeto de investigación o el dar un testimonio saludable de muerte adultamente humana.

Acercas de la dignidad del enfermo y del moribundo

Como ocurre con la de salud, la noción de dignidad no puede establecerse desde los presupuestos de la ciencia positiva. Este bien fundamental de toda persona humana tiene pues, por cultural, una delimitación relativa e imprecisa. En cuanto a su relación con el concepto de salud, no parece estar implícito en el parámetro bienestar, y sí en los de autonomía, solidaridad y bienestar. Podemos considerarla como el hecho de seguir siendo uno mismo, de mantener los atributos fundamentales de la identidad personal que el entorno o la propia dimisión pueden poner en peligro. Esta noción cobra importancia a medida que la indefensión aumenta, y así se habla más del derecho a la dignidad que de la dignidad en sí misma. Su contenido es también relacional: no sólo se trata de seguir siendo persona humana, sino de ser tenido en cuenta como tal y no como mero organismo viviente o como objeto de intereses ajenos⁷; de encontrar interlocutor que escuche e informe razonablemente, comprensión para las propias limitaciones y respeto para las decisiones y opciones fundamentales⁸⁻¹².

Uno de los elementos de la dignidad humana es la imagen propia, personal, familiar y social. El derecho a la dignidad implica, pues, el de aparecer ante los demás de una manera aceptable para uno mismo, sin mostrar aquello que se tenga por íntimo o por humillante; el derecho a la intimidad, a que la intimidad no sea violada. El desvalido, sin embargo, para que sus necesidades sean atendidas, tiene que mostrar gran parte de su intimidad a los cuidadores. Dado que ésta es razonablemente revelable a los amigos, no a los curiosos, el respeto a la dignidad del enfermo obliga a acercarsele amistosamente, como prójimo, y a mantener el secreto. La dignidad del enfermo reclama que el respeto a su persona no concluya al perder éste la conciencia ni aun la vida: el coma depasado y el cadáver son todavía imagen, y por lo tanto parte, de la identidad de un ser humano.

El contenido de la noción de dignidad varía según la idiosincrasia y la configuración cultural de cada persona, por lo que pueden darse discordancias notables entre las necesidades del incurable o moribundo y los criterios, incluso bien intencionados, de los cuidadores. La dignidad de éstos consiste en interpretar desde su subjetividad la subjetividad de aquél y darle una respuesta razonable. Esta tarea sólo es fácil si se han establecido unas relaciones terapéuticas correctas, las cuales, por lo demás, habrán reducido las discordancias iniciales.

APTITUDES DEL MÉDICO PARA LA ATENCIÓN AL INCURABLE Y AL TERMINAL

La terminación lenta de la vida, por su globalidad, y los procesos crónicos graves, por su persistencia, tienden a producir disfunciones de toda índole y que se influyen unas a otras. Su asistencia suele exi-

gir decisiones importantes, a veces dramáticas, y no exentas de ambigüedad¹⁸. Al médico o al equipo asistencial, en vista a la obtención de los objetivos descritos, le son indispensables determinadas competencias y actitudes para las que tendría que estar adiestrado convenientemente.

Competencia clínica

Abarca el conocimiento de la historia natural del enfermo y de la historia natural de la enfermedad; la información sobre la fiabilidad, riesgo y coste de los procedimientos diagnósticos disponibles; el adiestramiento en el manejo del arsenal terapéutico correspondiente, teniendo en cuenta su eficacia, efectos colaterales y nocividad; la capacidad para utilizar los recursos higiénicos, dietéticos y fisioterapéuticos, que no suelen ser materia de enseñanza en los actuales programas docentes, y que por lo tanto son en su mayoría totalmente desconocidos por muchos médicos.

Competencia en las ciencias psicosociales

Se basa en el conocimiento del mundo psíquico y social del enfermo, de su mentalidad, lenguaje, sistema de valores, intereses, de la relación establecida con su entorno social y con la enfermedad, y de las maneras de influir sobre tales procesos. Este conocimiento puede y debe adquirirse para el cuidador el mismo rango científico que la actividad clínica. Cuando se afude a una supuesta contraposición entre medicina científica y medicina humana, en realidad suelen contraponerse dos desviaciones: un cientifismo reduccionista y un seudohumanismo paternalista. Y cuando se reserva la atención psicosocial sólo a los enfermos no orgánicos, se está ignorando a la ciencia y al ser humano.

Capacidad de aproximación al enfermo

La comprensión intelectual que acabo de describir ni es la única posible ni es tan sólo suficiente para llegar a una asistencia correcta. La aprehensión profunda de lo que siente, por ejemplo, el terminal ante su muerte cercana discurre por caminos menos racionales, y sólo es abordable a través de alguna experiencia personal; sentirse prójimo de él y situarse mentalmente y sin reservas en su lugar. El cuidador, con una nueva sensibilidad, descubrirá así aspectos inéditos de la realidad, de gran importancia práctica, aunque a cambio de percibir a la vez algo de la angustia de la propia muerte. Adoptar una actitud que modifica y compromete el yo es doloroso y suscita una íntima autodefensa. Puede superarse sin embargo eficazmente —si la experiencia no es demasiado frecuente— en la medida en que uno mismo vaya reconciliándose con su destino histórico y moral, y alcanzando madurez y salud, entendida ésta según la última de las concepciones citadas. La respuesta positiva a este reto optimiza la idoneidad de las decisiones y la calidad de la influencia sobre el enfermo. En cambio, la pretensión de encastillarse en el papel de simple científico —casi siempre vana, porque la autodefensa suele generar huida o actitudes cínicas— descalifica para asumir honestamente la plena responsabilidad sobre el terminal.

La aproximación intelectual y vivencial es premisa para la aproximación pedagógica: ayudar al enfermo, utilizando su mismo lenguaje, a comprender y aceptar lo que le pasa y lo que se le hace, conseguir su colaboración al programa terapéutico, adiestrarle a valerse por sí mismo y saberle comunicar que quizá la muerte se acerca y que ello puede hacerse también aceptable.

La madurez personal y la actitud amistosa no pueden desde luego suplir una igualmente indispensable competencia en las técnicas de la relación interpersonal, que rebasan ampliamente las de la anamnesis habitual. Importa mucho, por ejemplo, ser consciente del contenido emocional de todo lenguaje, verbal o no. La entonación, mímica, silencios, distancia física, etc., poseen un valor significante estereotipado y hasta diferenciado en cada grupo cultural y social.

ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA ATENCIÓN AL INCURABLE Y AL TERMINAL

A medida que el enfermo va quedando prisionero de su enfermedad, al lado de la asistencia a ésta¹⁹, adquiere una importancia cada

vez más relevante la preservación y adecuación de su modelo vital. Toda decisión que influya en la duración de la enfermedad, autonomía física, comodidad, información diagnóstica y pronóstica, lugar de prestación de asistencia, etc., del enfermo, ha de referirse fundamentalmente a aquella preservación. Para ello habrá que valorar sagazmente tanto el curso previsible de la enfermedad como los recursos, limitaciones e idiosincrasia del interesado, suficientemente conocidos. Me referiré a continuación a algunos problemas concretos.

Preparación psicológica remota

Dada la inevitabilidad de la muerte y la probabilidad de una larga etapa previa incómoda, resulta sensato familiarizarse con este proceso cuando aun parece lejano e indeterminado. La educación para la muerte, y en general para la crisis, no es otra cosa que la educación para la vida, entendida ésta como un ciclo histórico que conviene contemplar en su conjunto y que, limitado en el tiempo y en el espacio, puede trascender, sea a los demás o al más allá. Es obvio que tal toma de conciencia no sólo mejoraría la condición de los terminales y moribundos, sino que incidiría en el sistema de valores de la sociedad.

La educación para la vida y para la muerte es responsabilidad de muy diversas instancias sociales. Para el médico tiene que ser una dimensión específica de todo un trabajo profesional y aun de toda su influencia como sanitario.

Acerca de la validez de las medidas destinadas a prolongar la vida

El tratamiento etiológico y el tratamiento de soporte (mantenimiento del estado funcional, prevención y tratamiento de las complicaciones y de los efectos farmacológicos indeseables) no pueden planearse con la única intención de prolongar la vida, sino también de hacerla confortable y deseable. Así, puede llegar un momento en el que la interrupción de tales medidas aparezca como una exigencia nacida del mismo respeto a la vida y a la dignidad de la persona humana. Otras veces las limitaciones terapéuticas obligan de hecho a escoger entre complicaciones alternativas, o sea, entre distintos tipos de muerte. La decisión suele ser difícil: se trata a veces de un juicio de valor que entraña cierta subjetividad. Propongo los siguientes criterios generales:

1. El objetivo fundamental de la decisión ha de ser el bien del enfermo: en definitiva, la aplicación de unos principios generales al caso concreto suficientemente estudiado.
2. No se trata de precipitar directa y artificialmente la muerte, sino de dejar de interferir, o de interferir menos, el proceso natural irreversible^{18,19}. Hasta los partidarios de aquella precipitación reconocen su alto riesgo de general desconfianza y de producir abusos. Sin embargo, examinadas con criterios estrictos de formalismo, las fronteras entre lo correcto y lo inaceptable algunas veces no dejan de parecer harto sutiles.
3. Hay que ponderar cuidadosamente la decisión. Si no es fácil discernir el momento en que pierden sentido algunas medidas terapéuticas, lo es comprobar que tal momento queda ya atrás.
4. Conviene que la responsabilidad de la decisión sea compartida por todos los abogados del enfermo, en el supuesto que éste quede al margen. El médico, además de aportar sus conocimientos y experiencia, ha de evitar que aquella responsabilidad sea culpabilizadora para los allegados.

Atenciones somáticas generales^{18,19}

Me refiero a aquellos cuidados cuya validez permanece hasta que el enfermo no es sino el cuerpo viviente de una persona ya muerta. Son precisamente aquellas medidas menos tenidas en cuenta en el adiestramiento actual al médico, y que a menudo se consideran marginales. Cuidados a los tegumentos, decúbitos, orificios, vía aérea, partes móviles, excretas. Paliación del dolor, disnea, sed, prurito, vómito, náusea, hipo, disfagia, flatulencia, inapetencia, debilidad, insomnio, ansiedad, depresión, etc.

A las medidas farmacológicas, a mantener aun a costa de efectos aditivos y tóxicos, hay que añadir las higiénicas, fisioterápicas y dietéticas, de responsabilidad, si no de competencia médica, y las pedagógicas. Insisto en la importancia de mantener y potenciar la autonomía del enfermo, enseñándole a respirar, expectorar, moverse, relajarse, evacuar, etc.

Acerca de la comunicación del mal pronóstico

La comunicación del pronóstico infausto es quizá la cuestión más embarazosa de la relación médico-enfermo. Para ninguno de los dos interlocutores se trata de un intercambio puramente intelectual, y ambos pueden presentar reacciones de autodefensa, bloqueadoras o agresivas. Ya me he referido a la actitud del elemento fuerte de la relación. Propongo ahora los siguientes criterios generales:

1. El derecho del enfermo a conocer la verdad en lo referente a sí mismo deriva de la misma dignidad humana. La información oportuna ha de ser por lo tanto una de las etapas habituales de todo médico. Es sugerente revisar la práctica hospitalaria cotidiana a la luz de este principio.
2. Es dudoso que el enfermo tenga asimismo derecho a la ocultación o al engaño: sería el derecho a no ser o a no querer ser responsable²⁰. Pero lo tiene en todo caso a ser aceptado tal como es, por ejemplo débil y miedoso, y además a ser ayudado a superarse. La información no debe llegar, si es posible, a lo insostenible, aunque no ha de confundirse lo insostenible para el enfermo con lo incómodo para el médico.
3. El médico ha de estar siempre dispuesto a afrontar sin subterfugios las preguntas acerca del mal pronóstico, y su disposición, aun implícita, debe ser perceptible. La negativa o el escabullirse complican la situación, crean suspicacias y pueden iniciar una conspiración del silencio que luego será difícil de superar.
4. Conviene discernir siempre cuál es la demanda real de información a satisfacer. Por ejemplo, detrás de unas palabras que piden toda la verdad y de una mirada que a la vez suplica buenas noticias aunque sean falsas, quizá lo que se esconde es una demanda de protección, de ser librado, más que de la muerte, del miedo, del sufrimiento y de la soledad.
5. El verdadero problema de la comunicación del mal pronóstico es conseguir que sea aceptado positivamente. En general, la información puede y debe ser gradual, de manera que su comprensión profundice a la vez que va madurando la actitud del enfermo. Las referencias han de ser más a un proceso, cuyas etapas nunca están completamente predeterminadas, que no a palabras paralizantes, a desmitificar o incluso a evitar. No es lo mismo, por ejemplo, referirse a un cáncer sin más que a un tumor transitorio o, incluso a veces, definitivamente controlable.
6. No hay que rechazar nunca la idea de la muerte y nunca hay que destruir la esperanza, aunque resulte arduo compatibilizar ambas vivencias. La muerte no es patrimonio específico del terminal, sino común a todo ser humano. Relativizadora de los problemas de la vida, la muerte tendría que ser relativizada a su vez, y para ello uno de los mejores recursos es situar la vida individual en un marco de objetivos transpersonales más amplio. Por lo menos podremos separar las ideas de muerte y de sufrimiento. El comerido de infundir esperanza es propio de cuidadores esperanzados.

Otras atenciones psicológicas

El paso de la situación de normalidad a la de terminal, sobre todo si es en plazo breve, causa alteraciones psicológicas importantes²¹. Es clásica la descripción de las cinco etapas del duelo por uno mismo: rechazo de la verdad y aislamiento, irritación y revuelta, negociación, depresión y aceptación. Son válidas, y acaso extrapolables al incurable no terminal, a condición de que no se esquematizan su contenido, su importancia relativa ni su secuencia. Los cuidados al enfermo que las va viviendo no pueden reducirse a las indispensables medidas paliativas y de consuelo. El tratamiento del insomnio, de la ansiedad, de la depresión, de la agresividad, etc., importa mucho, pero debemos ser más ambiciosos: hay que ayudar al enfermo

a organizar un nuevo tipo de vida normal en condiciones distintas.

Así cobra importancia la terapia ocupacional para promover actividades y distracciones, teniendo en cuenta las habilidades, aficiones e ilusiones del enfermo. Habrá que conseguir un ambiente centrado en la persona y no en el organismo, antitético por lo tanto de las UVI clásicas. Tendrá que vencerse la incomunicación y conseguir que se establezcan nuevas relaciones con la familia y con la sociedad. Las cuestiones importantes que angustian al enfermo merecen atención especial y se tratarán en consonancia con su manera de ser, utilizando pedagógicamente y sin manipularlos todos los elementos positivos existentes²². Las convicciones religiosas, por ejemplo, podrán ser un importantísimo factor de esperanza liberadora, si superan una eventual carga previa de miedo²³.

La responsabilidad de un seguimiento tan complejo es demasiado pesada para las espaldas individuales del médico y conviene que sea asumido por un equipo, lo cual se plantea de manera muy diferente a domicilio o en el hospital, aunque en ambos casos tendrá que integrar sanitarios, allegados del enfermo y voluntariado comunitario, por ejemplo religiosos. Sin embargo, siempre será indispensable la figura de un profesional que mantenga la visión global de las necesidades a cubrir, que suscite las iniciativas oportunas y que asuma el papel específico de médico de cabecera, aquí más que nunca, médico de personas. Este, somatólogo, psicólogo²⁴ y amigo, ha de saber hacer compañía, respetar silencios, escuchar, contagiar serenidad, dar confianza —y no solamente con placebos, que el mismo es un medicamento—, aquilatar hasta dónde puede ofrecerse protección sin generar dependencias insanas, y hasta dónde es razonable estimular protagonismos. A menudo será testigo de un final mucho más gratificante para el enfermo y para él que la mera aceptación resignada de la muerte.

La familia ante el mal pronóstico

El grupo social del enfermo también *muere* algo cuando se le comunica el pronóstico infausto. La información a la familia ha de ser todo lo exhaustiva que permitan las capacidades de comprensión y aceptación presentes, y ha de abarcar, además de la clínica, los aspectos psicológicos y morales de lo que la enfermedad significa para el enfermo. Esta información no puede separarse nunca de la respuesta concreta al «y yo qué puedo hacer» si no es a costa de generar aún más desconcierto y angustia. Hay que evitar actitudes de sobreprotección y de marginación, ambas prematuramente invalidantes. El sentirse útil es importantísimo para el enfermo: favorece su independencia y autorrespeto y mantiene su rol positivo en el grupo.

En definitiva, es también misión del médico enseñar a morir a la familia, conseguir que el duelo siga un curso positivo, ayudarla a adoptar actitudes constructivas, desculpabilizarla en sus angustias. Si el terminal está en casa, la familia será parte muy relevante del equipo de asistencia, y habrá que fomentar su autonomía de manera que, sin dejar de valorar lo que tenga de positiva la presencia del médico para ella y para el enfermo, diga antes «el médico ya no nos hace falta» que no «el médico no viene lo suficiente».

Fallecimiento en casa, fallecimiento en el hospital

Estas dos opciones o posibilidades suelen contraponerse como signo de dos actitudes distintas ante la muerte, y ello no siempre es cierto: se puede morir en casa completamente marginado y en el hospital perfectamente integrado. Es cierto, sin embargo, que morir en casa delimita mejor las responsabilidades y la participación de la familia, del médico y de otros profesionales si los hay, mientras que morir en el hospital tiende a diluir estas responsabilidades.

Todo este texto invita a revisar las actitudes y los principios de actuación del médico ante el enfermo crítico. Habrá que revisar también las normas hospitalarias en referencia a la familia, puesto que morir en su compañía es un derecho básico a defender y a exigir. Y también las normas referentes a los profesionales sanitarios, puesto que la idoneidad de las atenciones al moribundo exige que éstas sean prestadas por un reducido número de personas y con criterios de actuación uniformes. Asimismo, los cuidados sanitarios que requiere el moribundo tendrían que poder ser prestados a domicilio en forma

parecida al hospital. Una organización sanitaria más racional conseguiría sin duda sumar las ventajas de cada opción y ofrecer un poco más de paz a los moribundos y a los que con su muerte mueren también un poco.

BIBLIOGRAFÍA

- CAMPOS, J., GOL, J. y MOLL, J.: *Características cualitativas de la actividad médica*. En: de Miguel, J. M., ed. *Planificación y reforma sanitaria*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978; 49-72.
- GOL, J., JAEN, J. y MARCOS, J. et al.: *El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario*. Informe encargado por el GAPS del Colegio de Médicos de Barcelona. Barcelona, Fontanella-Lala, 1980.
- ARANGUREN, I. L., COLODRÓN, A. y CORDÓN, F. et al.: *La vida i la mort*. Cido de conferencias organizado por el Colegio de Médicos. Barcelona, 1981 (en prensa).
- GOL, J.: *Alguns aspectes ètics de la relació metge-malalt*. En: *Qüestions de Vida Cristiana*, n.º 74. Barcelona, Abadía de Montserrat, 1974; 27-44.
- SUBIAS, A.: *L'ètica de l'experimentació oncològica*. En: *Llibres d'Actes, XI Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears-Societat Catalana de Biologia, 1981 (en prensa).
- MORILLAS, R.: *Enfoque sociològic de diverses concepcions de salut*. En: *Papers-3*. Barcelona, Universitat Autònoma, 1976; 31-54.
- Taula sobre la Salut*. En: *Llibre d'Actes, X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona, ACMCB-SCB, 1976; 381-413.
- FONT, J.: *Definició de la salut. Anàlisi del concepte de salut des del punt de vista mèdic-psicològic*. En: *II Ponència, X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona, ACMCB-SCB, 1976; 143-150.
- BRIGUERA, J., CAMPOS, J., GOL, J., SUBIAS, A. y TUBAU, J. M.: *El respecte al malalt i el dret a la mort*. En: *Qüestions de Vida Cristiana*, n.º 98. Barcelona, Abadía de Montserrat, 1979; 72-93.
- Consejo de Administración de la AHA*. Declaración de Derechos del Paciente, 1973. (Transcrita en ref. 16.)
- Asamblea de la Comisión de la Salud y Asuntos Sociales del Consejo de Europa: Resolución de Estrasburgo, 1976. (Transcrita en ref. 16.)
- Consejo de usuarios del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. Declaración de los derechos del usuario del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, HSCSP, 1979.
- ABEL, F.: *El dret del pacient a la informació i a disposar d'ell mateix*. En: *II Ponència, X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona, ACMCB-SCB, 1976; 328-342.
- SKORER, G. y WING, A.: *Decision & making in medicine*. Londres, Arnold E, 1979.
- SAUNDERS, C. M.: *The management of terminal disease*. Londres, Arnold E, 1978.
- ABEL, F.: *Eutanasia y distanacia*. Labor Hospitalaria, 1979; 171-46-61.
- Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. Declaración sobre la eutanasia. *Observatore Romano*, 27 junio 1980.
- WINNER, A. y SAUNDERS, C. M.: *El cuidado de los enfermos con enfermedades malignas terminales*. En: Bodley Scott, R. y Milnes Walker, R. ed. *Últimos avances en medicina. The medical annual*. Madrid, Murrith, 1979; 9-22.
- WILKES, E.: *Cuidados médicos para el enfermo crónico y para el paciente vulnerable. Cuidados médicos para el moribundo*. En: Fry, J., Byrne, P. S., Johnson, S., ed. *Manual del médico de familia*. Barcelona, Doyma, 1980; 635-655.
- Normas de deontología*. Colegio de Médicos de Barcelona. Barcelona, 1979.
- SHNEIDMAN, E.: *Voices of death*. Nueva York, Harper & Row, 1980.
- GOL, J.: *Muerte y dignidad humana*. En: Deontología, derecho, medicina. Madrid, Colegio de Médicos, 1977; 547-557.
- DUCH, L.: *Mort i esperança*. Barcelona, Abadía de Montserrat, 1975.
- FONT, J.: *Responsabilitat i funció del metge des del punt de vista psicològic*. En: *II Ponència, X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona, ACMCB-SCB, 1976; 150-154.

LH

II-3

LA VEJEZ Y LA MUERTE EN LA SOCIEDAD MODERNA*

Moisés Broggi

Presidente de la Real Academia de Medicina de Barcelona

Artículo sereno sobre la realidad médica y social de la vejez y del tratamiento a los ancianos más frágiles. El autor abre la pregunta sobre la conveniencia o rechazo de una jurisprudencia sobre la eutanasia en vista de la realidad asistencial y potencial de abuso tecnológico.

Es difícil establecer límites precisos o cronologías exactas en lo que a la vejez se refiere, ya que obedece a motivaciones diferentes, además de que el cuadro es multiforme. Todos sabemos que la vida tiene una evolución cíclica y viene marcada genéticamente con un ritmo propio para cada especie. De tal manera que a un periodo de crecimiento le sucede otro de actividad reproductora y de plenas facultades, al que sigue fatalmente un periodo final regido por el signo de la decadencia y la desintegración.

Tanto la vejez como la muerte son temas actualmente muy debatidos en congresos y sociedades públicas y científicas, ya que los cambios profundos que se han producido y siguen produciéndose en nuestra sociedad influyen notablemente sobre el trato que se da a la vejez y también en la forma de morir.

Los avances de la medicina han aumentado considerablemente la longevidad, lo que se ha traducido en el gran aumento de la población humana sobre la tierra que todos estamos contemplando, con todos sus problemas y amenazas. Esta amenaza demográfica se ha intentado combatir por medio de la planificación familiar y demás métodos encaminados a limitar la procreación, con lo cual se ha conseguido que la proporción de viejos sea aún más elevada, creándose serios problemas de índole socio-económica.

Por otro lado, las condiciones de vida de las familias en la sociedad actual no son las mismas que eran en las comunidades anteriores, predominantemente agrarias, en las que los viejos desempeñaban un importante papel, no sólo en la vida familiar, sino también social y económica. Ahora, en cambio, la gente en su mayoría tienen sus ocupaciones fuera de las casas en donde queda el viejo jubilado, solo y marginado. Por ello son cada vez más necesarias las residencias en las que puedan ser acogidos, esperando el momento de la muerte, apartados del núcleo familiar en el que transcurrió su vida.

Además de combatir a las enfermedades con eficacia, la ciencia

* *Folia Humanística* 26 (1988) 419-31.

parecida al hospital. Una organización sanitaria más racional conseguiría sin duda sumar las ventajas de cada opción y ofrecer un poco más de paz a los moribundos y a los que con su muerte mueren también un poco.

BIBLIOGRAFÍA

- CAMPOS, J., GOL, J. y MOLL, J.: *Características cualitativas de la actividad médica*. En: de Miguel, J. M., ed. *Planificación y reforma sanitaria*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978; 49-72.
- GOL, J., JAEN, J. y MARCOS, J. et al.: *El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario*. Informe encargado por el GAPS del Colegio de Médicos de Barcelona. Barcelona, Fontanella-Lala, 1980.
- ARANGUREN, I. L., COLODRÓN, A. y CORDÓN, F. et al.: *La vida i la mort*. Cido de conferencias organizado por el Colegio de Médicos. Barcelona, 1981 (en prensa).
- GOL, J.: *Alguns aspectes ètics de la relació metge-malalt*. En: *Qüestions de Vida Cristiana*, n.º 74. Barcelona, Abadía de Montserrat, 1974; 27-44.
- SUBIAS, A.: *L'ètica de l'experimentació oncològica*. En: *Llibres d'Actes, XI Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears-Societat Catalana de Biologia, 1981 (en prensa).
- MORILLAS, R.: *Enfoque sociològic de diverses concepcions de salut*. En: *Papers-3*. Barcelona, Universitat Autònoma, 1976; 31-54.
- Taula sobre la Salut*. En: *Llibre d'Actes, X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona, ACMCB-SCB, 1976; 381-413.
- FONT, J.: *Definició de la salut. Anàlisi del concepte de salut des del punt de vista mèdic-psicològic*. En: *II Ponència, X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona, ACMCB-SCB, 1976; 143-150.
- BRIGUERA, J., CAMPOS, J., GOL, J., SUBIAS, A. y TUBAU, J. M.: *El respecte al malalt i el dret a la mort*. En: *Qüestions de Vida Cristiana*, n.º 98. Barcelona, Abadía de Montserrat, 1979; 72-93.
- Consejo de Administración de la AHA*. Declaración de Derechos del Paciente, 1973. (Transcrita en ref. 16.)
- Asamblea de la Comisión de la Salud y Asuntos Sociales del Consejo de Europa: Resolución de Estrasburgo, 1976. (Transcrita en ref. 16.)
- Consejo de usuarios del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. Declaración de los derechos del usuario del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, HSCSP, 1979.
- ABEL, F.: *El dret del pacient a la informació i a disposar d'ell mateix*. En: *II Ponència, X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona, ACMCB-SCB, 1976; 328-342.
- SKORER, G. y WING, A.: *Decision & making in medicine*. Londres, Arnold E, 1979.
- SAUNDERS, C. M.: *The management of terminal disease*. Londres, Arnold E, 1978.
- ABEL, F.: *Eutanasia y distanacia*. Labor Hospitalaria, 1979; 171-46-61.
- Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. Declaración sobre la eutanasia. *Observatore Romano*, 27 junio 1980.
- WINNER, A. y SAUNDERS, C. M.: *El cuidado de los enfermos con enfermedades malignas terminales*. En: Bodley Scott, R. y Milnes Walker, R. ed. *Últimos avances en medicina. The medical annual*. Madrid, Murrith, 1979; 9-22.
- WILKES, E.: *Cuidados médicos para el enfermo crónico y para el paciente vulnerable. Cuidados médicos para el moribundo*. En: Fry, J., Byrne, P. S., Johnson, S., ed. *Manual del médico de familia*. Barcelona, Doyma, 1980; 635-655.
- Normas de deontología*. Colegio de Médicos de Barcelona. Barcelona, 1979.
- SHNEIDMAN, E.: *Voices of death*. Nueva York, Harper & Row, 1980.
- GOL, J.: *Muerte y dignidad humana*. En: Deontología, derecho, medicina. Madrid, Colegio de Médicos, 1977; 547-557.
- DUCH, L.: *Mort i esperança*. Barcelona, Abadía de Montserrat, 1975.
- FONT, J.: *Responsabilitat i funció del metge des del punt de vista psicològic*. En: *II Ponència, X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona, ACMCB-SCB, 1976; 150-154.

LH

II-3

LA VEJEZ Y LA MUERTE EN LA SOCIEDAD MODERNA*

Moisés Broggi

Presidente de la Real Academia de Medicina de Barcelona

Artículo sereno sobre la realidad médica y social de la vejez y del tratamiento a los ancianos más frágiles. El autor abre la pregunta sobre la conveniencia o rechazo de una jurisprudencia sobre la eutanasia en vista de la realidad asistencial y potencial de abuso tecnológico.

Es difícil establecer límites precisos o cronologías exactas en lo que a la vejez se refiere, ya que obedece a motivaciones diferentes, además de que el cuadro es multiforme. Todos sabemos que la vida tiene una evolución cíclica y viene marcada genéticamente con un ritmo propio para cada especie. De tal manera que a un periodo de crecimiento le sucede otro de actividad reproductora y de plenas facultades, al que sigue fatalmente un periodo final regido por el signo de la decadencia y la desintegración.

Tanto la vejez como la muerte son temas actualmente muy debatidos en congresos y sociedades públicas y científicas, ya que los cambios profundos que se han producido y siguen produciéndose en nuestra sociedad influyen notablemente sobre el trato que se da a la vejez y también en la forma de morir.

Los avances de la medicina han aumentado considerablemente la longevidad, lo que se ha traducido en el gran aumento de la población humana sobre la tierra que todos estamos contemplando, con todos sus problemas y amenazas. Esta amenaza demográfica se ha intentado combatir por medio de la planificación familiar y demás métodos encaminados a limitar la procreación, con lo cual se ha conseguido que la proporción de viejos sea aún más elevada, creándose serios problemas de índole socio-económica.

Por otro lado, las condiciones de vida de las familias en la sociedad actual no son las mismas que eran en las comunidades anteriores, predominantemente agrarias, en las que los viejos desempeñaban un importante papel, no sólo en la vida familiar, sino también social y económica. Ahora, en cambio, la gente en su mayoría tienen sus ocupaciones fuera de las casas en donde queda el viejo jubilado, solo y marginado. Por ello son cada vez más necesarias las residencias en las que puedan ser acogidos, esperando el momento de la muerte, apartados del núcleo familiar en el que transcurrió su vida.

Además de combatir a las enfermedades con eficacia, la ciencia

* *Folia Humanística* 26 (1988) 419-31.

médica ha encontrado la manera de alargar la vida en sus últimos momentos, progreso importante para aquellos casos en los que existe una salida, pero que constituye una mala práctica en aquellos otros irremisiblemente perdidos. Estos mismos avances de la medicina han conseguido combatir el dolor con gran eficacia, logrando casi siempre su supresión, con lo que, en caso de necesidad, un paciente puede ser aletargado hasta su fin; cosa que constituye un indiscutible progreso para casos de muerte lenta, sin solución médica y con un cortejo de angustias y sufrimientos, pero que resulta fatal cuando las motivaciones no son éstas.

Todas estas circunstancias, que se dan en nuestro tiempo, perturban y alteran aquellas condiciones de tranquila naturalidad en las que tendrían que transcurrir las últimas etapas de nuestras vidas.

Por todo ello vemos como los problemas que plantea la vejez en nuestra época son complejos y merecen ser estudiados seriamente.

Referente a los cambios experimentados por las variantes biológicas en las fases avanzadas de la vida, existen estudios extensos y numerosos pero que no acaban de explicar la verdadera esencia del proceso, si bien se conocen muchos de los cambios que se producen en el organismo. Sobre ello existen diferentes teorías, algunas de las cuales vienen de muy antiguo, como son la del *quantum vital* o impulso vital que nos sería dado al venir al mundo y que se iría manifestando al proporcionar a la vida su variado aspecto, hasta llegar a agotarse y extinguirse, con la vejez y la muerte. Otra explicación es la del cúmulo de sustancias nocivas resultantes del propio metabolismo. Es posible que haya en ello algo de verdad pero, además de no estar científicamente probadas, no lo explican todo. Es interesante consignar que de las lecturas de los numerosos trabajos que existen sobre el tema se deduce que la muerte por la acción única de la edad avanzada es un hecho muy poco frecuente y que muchos de los casos de vejez biológica que vemos en la práctica pertenecen generalmente a lo que podríamos llamar vejez secundaria, resultante de incapacidades o de invalideces debidas a traumas o a enfermedades.

Por todo ello resulta difícil tener datos concretos sobre el verdadero valor de la longevidad humana. Incluso los estudios estadísticos nos proporcionan datos confusos sobre esta cuestión, ya que si bien por un lado nos revelan cambios profundos en las expectativas de vida que se han producido en los últimos años —que de principio de siglo al momento actual ha pasado de los 45 a los 70 años en los países desarrollados— por otro lado nos indican que esta gran diferencia que se ha producido en tan poco tiempo, se basa principalmente en una reducción de la mortalidad infantil, más que en una verdadera prolongación de la vida del adulto. Otro dato importante es que en este mismo tiempo la proporción de personas de más de 65 años ha pasado en los E.E.U.U. del 4 al 12 %, aumento muy a tener en cuenta si se considera que este 12 % representa el 25 % de los gastos y del trabajo de la sanidad, según estadísticas americanas del año 1975¹. A ello tenemos que añadir que está calculado que, de seguir incrementándose dicha proporción, se presentarán cambios epidemiológicos por la entrada en juego de ciertas enfermedades, como la demencia senil, que se incrementarán dramáticamente.

Naturalmente que debemos considerar en un primer lugar el factor tiempo, con el desgaste natural que ejerce el uso sobre todas las cosas materiales y que se traduce en deficiencias funcionales que se presentan en diferentes épocas según los órganos o tejidos y que se van acentuando con el paso de los años. Es evidente que dicho desgaste donde más se manifestará es en aquellas células o tejidos que, por su más elevada diferenciación, carecen de poder reproductivo y no son capaces de regenerar sus pérdidas, lo que implica una idea de límite. Además, parece que las células renovables pierden con el tiempo parte de su capacidad mitótica, si bien no se han hallado experimentalmente suficientes diferencias para explicar con ello la limitación de la vida.

Las teorías biológicas más recientes reconocen una base genética que estaría dominada por la idea de la pérdida del poder de información del D.N.A. en lo que se refiere a la formación de enzimas y proteínas propias, con alteraciones en los modelos de construcción

y la aparición de fenómenos autoinmunitarios que estarían en la base de gran número de dolencias y perturbaciones. Estos trastornos inmunitarios facilitarían también la aparición de la enfermedad neoplásica².

Todas estas alteraciones sobrevenidas en los procesos inmunitarios constituyen un hecho probado en el conjunto del cuadro de la declinación fisiológica. No obstante, la aparición de estos fenómenos no responde a una cronología exacta, y a pesar de que su aparición en el tiempo tiene todo el aspecto de algo genéticamente programado, no ha sido probada la existencia de ningún gen determinante.

Para explicar esto, se ha invocado la llamada teoría de los errores, según la cual el responsable principal de dichos trastornos de la vejez sería el conjunto de errores imprecisos pero inevitables y acumulados en el tiempo, cometidos en la traslación y transcripción en la síntesis del R.N.A., de forma parecida a la actuación de ciertos virus³. Experimentalmente se ha demostrado que la formación de radicales libres (mediante radiaciones) incrementa la producción de dichos errores⁴.

Los depósitos de colesterol y otros residuos metabólicos se producen muy a menudo en el curso de los años, y las alteraciones vasculares de ello resultan, son tan frecuentes en las personas de edad que los síntomas y las señales de la arteriosclerosis se confunden y se imbrican con el cuadro de la vejez, de tal manera que se ha considerado al estado del sistema vascular como uno de los principales determinantes de dichos signos. En efecto, es cierto que las enfermedades cardíaco-vasculares constituyen la causa más importante de muerte en las personas de edad y un factor primordial, pero no el único, en la producción del cuadro de la senectud, pues hay que tener en cuenta que hay personas y especies animales que envejecen sin padecer arteriosclerosis.

Otro punto importante es el referente a las glándulas endocrinas, sobre todo en lo que atañe al tiroides y a las gónadas, que presentan una hipofunción evidente. Sobre ello se han efectuado numerosos estudios, de los que se deduce que no está demostrado que la baja de las hormonas sexuales pueda influir en el síndrome. Y en cuanto al tiroides se ha trabajado sobre la existencia de un factor antitiroideo, pues existen ciertas coincidencias entre el hipotiroidismo y la vejez, si bien ello puede ser puramente coincidente.

En 1970 H. Selye⁵ publicó un trabajo sobre la influencia del stress como un factor importante. Ello es cierto, pero se trataría de un mecanismo indirecto, a través de los sistemas endocrino y vascular.

Otros autores se han ocupado de las alteraciones aparecidas en los mecanismos de control de ciertas funciones, cuyos receptores se muestran poco sensibles, como pasa con las células beta del páncreas, la respuesta renal al A.D.H. y la reacción del sistema autónomo a las catecolaminas.

El tiempo de transmisión neuronal se encuentra lentificado, así como el tiempo de transmisión sináptica, de lo que resulta una disminución de la capacidad de respuesta frente a los estímulos, especialmente en condiciones anómalas o de sobrecarga. De todos modos hemos de considerar que algunos de estos fenómenos, así como los procesos cerebrales de integración y metabólicos pueden estar perturbados por afecciones concomitantes. Esta multiplicidad etiológica origina una marcada confusión en la valoración de los signos, no quedando claro muchas veces aquello que corresponde a la edad o a la enfermedad.

Lo mismo ocurre en la morbilidad por demencia senil, que aumenta casi a escala geométrica con la edad, pasando de un 2,5 a los sesenta a un 20 % en la década de los ochenta, según estadísticas efectuadas en Inglaterra por Kay D. W. K. («Epidemiological aspects of organic brain disease in the aged»⁶). No obstante, el diagnóstico de las enfermedades orgánicas cerebrales no es tan simple como pueda

2. COMFORT, A., *Bene Research in Gerontology Gerontol.*, 16, 48, 1970.

3. ORGEL, C. E., *The Maintenance of accuracy of protein synthesis and its relevance to aging*, *Pract. Nat. Acad. Sci.*, Wash., 49, 517, 1963.

4. HARMON, D., *Free radical theory of aging*, *J. of Gerontol.*, 23, 476, 1968.

5. SELYE, H., *Stress and aging*, *Jour. Am. Geriatr. Soc.*, 18, 669, 1970.

6. CARL EISDORFER, citado por *Lex and Science 27 ann. meet. Am. Col. of Angiology*, feb., 1975.

1. JESSE BARRON, M.D., *Act. del Meeting del Am. Col. of Angiology*, 1975.

parecer a primera vista, pues hay otros síndromes muy frecuentes que se prestan a confusión, como son las psicosis depresivas, endémicas en los viejos, que suelen ir asociadas con retardos psico-motores, problemas de orientación y afecto y signos vegetativos.

La actitud del médico ante el viejo está marcada generalmente por la idea de que la mayor parte de afecciones que presenta son debidas a procesos degenerativos, irreversibles y no influibles por la terapéutica. Según dicho autor se trata de una falsa idea que no hace más que descorazonar al médico que debería adoptar una actitud más realista ante el enfermo geriátrico.

Hay que aceptar que una gran parte de trastornos, enfermedades e incapacidades son debidas al amplio grupo de las enfermedades crónicas, que pueden presentarse también en los adultos de todas las edades: circulatorias, artropatías, desnutrición, metabólicas, deficiencias sensoriales, depresiones psíquicas, etc. Dolencias, todas ellas, que pueden prevenirse y ser tratadas o corregir.

Esto quiere decir que una gran parte de los pacientes geriátricos pueden responder a una terapéutica convencional apropiada, tan regularmente como los adultos jóvenes, y que hay que mirar el cuidado y tratamiento de los viejos, no como un ejercicio sin esperanza, sino como una medicina buena y constructiva.

La gran diferencia entre el viejo y el adulto más joven, en lo referente a las enfermedades crónicas, está en que, así como en éste las alteraciones y desórdenes pueden existir durante mucho tiempo sin manifestarse extensiblemente de forma amenazadora, en el viejo, en cambio, se ven agravadas y potenciadas por el factor de desgaste antes citado y además porque, lo más probable, es que se encuentre afectado simultáneamente por varias de dichas afecciones, como confirman todas las estadísticas. Y todos sabemos que el más pequeño accidente basta para hundir en la tumba a un cuerpo debilitado por los años o por otras afecciones.

De todas formas no puede negarse que además de los referidos trastornos crónicos, las personas de edad son víctimas de procesos degenerativos poco sensibles a la terapéutica, que aparecen como propios o específicos de las personas de edad avanzada, si bien éstos representan sólo una parte o sector del amplio repertorio de su patología. Y también es cierto que en un tanto por ciento de casos habrá que hacer frente a la realidad de un mal pronóstico y a muy limitadas esperanzas, pero incluso en este grupo, se pueden conseguir objetivos terapéuticos notables y deseables, como son la liberación del dolor y del malestar, así como los beneficios morales resultantes de una labor de acercamiento o de mejora en las relaciones entre el paciente y aquellos que lo cuidan. Lo cual es seguramente la función más elevada que puede cumplir el médico en estos casos.

En realidad, la actuación no difiere en lo fundamental de la que hay que adoptar ante los enfermos de las demás edades: procurar curar todas las afecciones posibles y aliviar los sufrimientos en las demás, y cuando se vea el caso como perdido no obstinarse en prolongar la vida inútilmente. Pero aquí, en el caso de la gerontología, más que en ningún otro campo, hay que considerar el papel del médico en sus dos aspectos tradicionales. Por un lado el aspecto científico con los poderosos medios que el mundo actual ofrece al médico, lo que le permite efectuar curaciones que antes se hubiesen juzgado imposibles y practicar laboriosas y difíciles operaciones en pacientes de las más avanzadas edades con brillantes resultados. Ante lo cual es natural que el médico se sienta orgulloso por lo eficaz de su actuación. Pero por otro lado hemos de considerar el trato humano que recibe el viejo, tanto por parte del médico como de la sociedad, y aquí vemos como, a pesar de la considerable importancia que tiene este aspecto, los problemas tienden a agravarse y a complicarse con el progreso de la ciencia y el desarrollo de la sociedad moderna.

Con frecuencia, el médico, absorbido por la difícil y penosa tarea de valorar los datos diagnósticos y terapéuticos y la oportunidad de su aplicación, ignora el aspecto personal y humano y no comprende las frustraciones y resentimientos del anciano, pues actúa condicionado por sus experiencias sobre la efectividad de la actuación, y por la propia estima profesional. Con todo ello, muchas veces no está dispuesto a aceptar que el trato con el paciente anciano presente problemas imprevistos y puede reaccionar con impaciencia cuando ve que los servicios por los que ha sido requerido no dependen de sus

conocimientos, sino de otros métodos que no son los de la ciencia. También puede sentirse frustrado por la incapacidad del paciente para seguir sus normas y prescripciones, cosa que puede ser debida a factores dependientes del control del mismo paciente o de su familia.

Hay que reconocer que los ancianos constituyen un grupo difícil para el médico, pero que proporciona motivos de satisfacción cuando responden favorablemente a las medidas terapéuticas y a intervenciones difíciles. No obstante, lo que debe producirle más satisfacción es cuando, con un mínimo gasto de tiempo y de energía, sólo con una simple actitud de amabilidad, comprensión y paciencia puede conseguir un gran resultado en el ánimo del paciente y abrir una vía amplia de bienestar y esperanza. Esto es quizá lo más elevado que puede realizar el médico en estos casos y, además, por un precio mínimo.

El médico debe considerar también el contexto psicológico y social para formarse un criterio y evaluar un tratamiento, ya que, además de considerar los fallos orgánicos, ha de tener en cuenta también las condiciones del entorno, el lugar de residencia y el nivel económico. No porque tenga que desempeñar un papel de psicólogo, sino porque la información obtenida de esta historia social puede ser básica para plantear un plan de tratamiento, tanto o más que los datos obtenidos del examen físico o de los dictámenes del laboratorio. Porque, tal como hemos dicho anteriormente, de los dos aspectos de la medicina —el científico y el humano— es el segundo el que en el trato con el anciano adquiere la máxima importancia, y es éste precisamente el que en la sociedad moderna está más postergado. Cuanto mayores han sido los progresos alcanzados en el tratamiento de las enfermedades, más nos hemos apartado de aquel trato de atención y de afecto, o cuanto menos de respeto, que es lo que más se necesita en los últimos años de la vida.

A esta situación nos ha llevado la evolución de la sociedad, con la crisis de la institución familiar y el creciente materialismo que constituye, indiscutiblemente, el signo más genuino de nuestra época, y que hace que todo quede supeditado al aspecto económico. Conscientemente y desde este punto de vista, el viejo jubilado e improductivo representa una carga difícil de soportar, tanto para la familia como para la sociedad. A medida que pasan los años y se alarga la vida, van acumulándose las deficiencias y las invalideces y haciéndose cada vez más gravoso su cuidado y mantenimiento, con lo que la familia, por buena que sea su voluntad y deseo, no puede ocuparse del anciano debidamente. La sociedad puede ofrecerle importantes residencias y costosas instalaciones que proporcionen todas las atenciones materiales necesarias que sus achaques y alteraciones orgánicas requieran, pero no puede darle aquella intimidad familiar y amoroso afecto, que es lo que más necesita. Todas aquellas personas que lo rodean, excelentes sanitarios y perfectos conocedores de la patología geriátrica, que pueden resolverle todas las afecciones tratables, generalmente se apartan del paciente cuando la muerte se aproxima, unos por miedo al fracaso terapéutico y otros a causa de las propias dudas o angustias sugeridas por el hecho de la muerte.

Con todo esto, el anciano tiene la sensación de soledad y de falta de protección, aun en el supuesto de que no le falte ninguna ayuda ni cuidado material, y cae fácilmente en el abismo de la depresión y el desespejo. La falta de amor es el gran drama de la vejez en nuestra época.

Naturalmente que estas situaciones no son exclusivas de ahora. Lo que pasa es que, así como antes lo normal era que el viejo viviese con cariñoso respeto dentro de la familia, de una familia multigeneracional, tanto por afecto como por cumplimiento de antiguas costumbres y normas éticas muy arraigadas, ahora en cambio, esto no se cumple, o no puede cumplirse, y lo que antes era normativo y habitual, ahora se ha convertido en difícil y excepcional.

Cada vez con más frecuencia, el viejo se ve obligado a pasar sus últimos años recluso en instituciones asistenciales donde es cierto que pueden aplicarle métodos que quizá le prolonguen la vida. Pero cuando llega el momento en que fallan dichos métodos y se da el caso como perdido, entonces, aquellos especialistas que con tanta competencia le habían tratado, consideran que su misión ha terminado, pues los métodos de la ciencia han de dar paso a otros, de tipo psíquico y mental, que no les atañe. Es cierto que la misión del personal

sanitario es la de conservar la vida, pero esto, después de un cierto límite, resulta en detrimento de aquella vertiente psíquica y humana a la que antes nos hemos referido y que tanta importancia tiene para aquellos que se encuentran en las etapas finales.

La atención material excesiva no ayuda a la buena muerte, ya que no conduce a nada positivo y es origen de perturbaciones e incomodidades, en un momento en que lo más necesario sería crear un ambiente de paz y de serena tranquilidad que predispusiera a la meditación y al desprendimiento.

Hemos de señalar aquí la importancia primordial que tiene en estos momentos finales la ayuda de la religión, que establece unas normas, da explicaciones y señala un camino a todo aquel que tiene fe en sus principios. Antiguamente, muchos de aquellos que no disponían del amparo de un medio familiar adecuado acudían también a los hospitales, cuyo objetivo más bien que el de curar las enfermedades, era el de acoger y preparar debidamente a los que iban a morir. Estos pacientes acudían en busca de la *buena muerte*, pues era grande la fe de la gente y necesitaban morir al amparo de la religión.

Desgraciadamente, este camino es cada vez más difícil de hallar, dado el carácter de nuestra sociedad, que nos ha conducido a una crisis profunda del sentido religioso y nos ha apartado de toda espiritualidad. Cuanto mayores han sido los éxitos alcanzados en el campo material, mayor ha sido también el olvido y abandono de aquellos valores espirituales sin los cuales la vida carece de sentido. Además de que dicho materialismo dominante incrementa las angustias y temores, ya que desde un punto de vista material, la muerte representa la desaparición total, cosa difícil de aceptar sin sentirse completamente defraudado ante un hecho como éste, inexorable, que debería ser aceptado con la más perfecta naturalidad; sólo la religión puede atenuar dicha insoportable sensación de aniquilación total, al referirse a una vida futura libre de la materia, con todas sus angustias y sufrimientos.

Este aspecto es especialmente relevante en el caso del cristianismo, ya que cuenta con el ejemplo modelico de la muerte de su fundador, que aceptó las máximas penas y sufrimientos con tal de mantenerse fiel a una idea que trasciende a más allá de la muerte. Además que la práctica de su doctrina implica la mediación sobre los hechos, los sentimientos y los detalles de la pasión, lo que equivale a familiarizarse con dichos pensamientos, de tal manera que después, al sobrevenir la propia muerte, llega como un hecho natural perfectamente aceptado. Creemos que este aspecto educativo del cristianismo es de suma importancia desde nuestro punto de vista.

Es importante no dejar de reflexionar sobre el hecho de la muerte, ya que ello influye, por un lado sobre nuestra conducta en el curso de la vida, haciéndonos comprender en cada momento el valor relativo de todas las cosas, incluso el de aquellas que más nos atraen, y por otro constituye la mejor preparación para tomar una actitud reflexiva y serena en aquel momento que se pierde la esperanza en la propia supervivencia.

Mozart, en una carta dirigida a su padre, se refiere a ello, y nos dice: «Que gracias a haber reflexionado sobre ella, ha llegado al convencimiento de que cuando llegue la hora en que vea que se le aproxima, podrá recibirla como a una antigua amiga, esperada y deseada». Éste es, evidentemente, el camino de enfrentarse dignamente, sin sentirse agobiado por su presencia, cosa que en nuestra sociedad no está prevista ni debidamente cultivada. Antes al contrario, en nuestro mundo existe una marcada falta de interés por todo aquello que no tenga una finalidad práctica de beneficio a corto plazo o de bienestar físico, y por ello no es de extrañar que el tema de la muerte sea marginado, como si no formase parte de nuestro mundo. La sociedad actual rechaza la muerte porque la teme profundamente, ya que representa la negación de sus principales motivaciones, y por ello intenta ignorarla o banalizarla, ocultándola con el silencio del miedo. Esta falta general de preparación tiene una influencia innegable en la forma de morir en nuestra época.

Es evidente que al hecho de la muerte en si no hay nada que pueda restarle ni un punto de su grandiosidad impresionante, tanto si tiene lugar en las circunstancias más solemnes como en las más deplorables, ya que su mensaje es precisamente el de mostrarnos que todas estas circunstancias no son más que falsas ilusiones. Lo que

si puede restarle dignidad es un comportamiento de exagerado egoísmo, como es el caso del avaro que muere abrazado a sus caudales, o el del hombre importante que sólo piensa en su jerarquía y en los honores que se le deben, invocando a todas las ayudas para prolongar los minutos que le quedan.

Otro factor a considerar es la intimidad, difícil de conseguir en los modernos hospitales por constituir un mundo completamente ajeno. Violar esta intimidad, como tantas veces se ha hecho, sobre todo en casos de personajes conocidos, revelando detalles de su desmoronamiento físico, mediante una publicidad sensacionalista, constituye un agravio imperdonable, un verdadero atentado a la propia dignidad de la muerte.

Es evidente también que los casos expuestos se apartan de lo que podría considerarse como *muerte ejemplar*, que debería transcurrir con la máxima naturalidad y aceptación. Tal fue sin duda la muerte de Sócrates que, como es sabido, tuvo lugar en la cárcel, rodeado por sus discípulos, y exponiendo sus ideas. Y que cuando se presentaron aquellos que le ofrecían la evasión, no les quiso seguir, porque creyó que con su sacrificio enseñaba a los hombres a no tenerle miedo, ni a ella ni a las penas y sufrimientos de esta vida. Actitud que implica una renuncia de sí mismo, lo que constituye indudablemente el gran secreto de la dignidad, no sólo de la muerte, sino que también de todos los actos de la vida.

La vejez conlleva muchas veces una cierta ofuscación del sentido de la individualidad, de este YO opuesto a todo lo demás, lo cual repercute suavizando el acontecimiento del tránsito, como si fuera deslizándose por una suave pendiente. También hay que contar en las edades avanzadas con el natural amortiguamiento de los grandes alientos materiales de la vida, así como la conciencia de la falacidad de todo lo vivido, lo cual ayuda mucho a aceptar la muerte como un hecho biológico normal; recordemos que meditar sobre la muerte es meditar sobre la falacia de cuanto nos liga a la vida. «Cuán dulce es haber experimentado todos los placeres y concupiscencias y comprobado el engaño que encierran», como nos dice Séneca en una de sus famosas cartas.

El modelo a escoger sería el de morir lo más de acuerdo posible con la naturaleza, a ser posible en el ambiente habitual y acompañado por los seres más allegados y queridos y no en medio de complicados y odiosos aparatos con un personal frío y distante, pues es indudable que el afecto establece lazos de comunicación sin necesidad de palabras de tal manera que de esta forma la muerte se nos aparece, más que como una terminación, como una transferencia de vida. Como si la vida del que parte pudiera comunicarse a aquellos que permanecen, o que algo de ellos pudiera acompañarle al más allá.

Hablando de estas cuestiones con el amigo Alberto Folch, me contaba el caso vivido por él, del soldado herido de muerte que, al ser preguntado sobre lo que más deseaba en aquel momento, respondió, plenamente consciente de su estado, que lo que más prefería era morir acompañado por «la sonanta», que le había hecho pasar los mejores ratos de su vida. Los que le rodeaban no sabían lo que era la «sonanta», pero uno de su grupo se acercó seguidamente con una guitarra y empezó a tocar una melódica tonada, bajo cuyo influjo desapareció toda la agitación que presentaba y entró en un estado de dulce tranquilidad, en el que murió insensiblemente. He aquí un ejemplo de *buena muerte* fácilmente conseguida con una simple guitarra, instrumento que siempre le había acompañado y cuyos acordes le evocaban horas felices pasadas.

Todo esto, tan sencillo, es lo más eficiente y era hasta nuestros días lo más fácil de conseguir. En efecto, ¿qué cosa ha habido hasta ahora más simple y corriente que el que la gente muriera en sus casas rodeada por los suyos, y estrechando una mano amiga? No obstante, esto se ha hecho cada vez más difícil. La misma presencia de los familiares no suele estar permitida en los modernos hospitales, ni ello encaja con su funcionamiento. Un hecho importante a consignar, es el haber conseguido en nuestro tiempo combatir con éxito el dolor y muchos sufrimientos con los medios farmacológicos y terapéuticos. Y de la misma manera que se han controlado los dolores del parto, se ha hecho posible liberar a la muerte de su temible cortejo de sufrimientos y dolores, como si se entrase en un sueño, con lo que se ha llegado a conseguir la muerte pura y simple, desligada de todo lo de-

más, de todos aquellos acompañamientos que la hace más temible e indeseable.

Con la aplicación de dichos medios proporcionados por la ciencia hemos alcanzado un gran objetivo en el sentido de la muerte dulce y tranquila, que podríamos considerar como ideal de la buena muerte. Y si bien es verdad que esta forma influida de morir puede acortar la vida, ello no tiene más que ventajas en aquellos casos de agonías largas y penosas, sin posibilidades de curación; con lo cual entramos en el terreno de la eutanasia, que tal como lo hemos mostrado, representa un progreso indiscutible en el sentido de la buena muerte.

No obstante, hemos de tener en cuenta que la eutanasia, sin restarle nada de sus evidentes e indiscutibles ventajas, no es un hecho natural y, como todas las creaciones humanas, presenta dos caras o aspectos diferentes según la aplicación o empleo que de ella se haga, hasta el punto de que su mal uso puede convertirla fácilmente en un procedimiento de liquidación o exterminio.

En principio hemos hablado de casos terminales sin esperanza, pero incluso en éstos, la cosa no es tan simple como parece, pues hay que tener en cuenta la valoración de las posibilidades de supervivencia, lo cual atañe al criterio del médico que, naturalmente, no es infalible. No obstante, los grandes problemas aparecen cuando se proyecta aplicarla a otras situaciones, como son los estados demenciales irreversibles, o a los suicidas, proporcionándoles ayuda eutanasica y sobre todo cuando —extendiendo aún más sus indicaciones— se pasa del enfermo terminal al incurable o, como se ha dicho en diferentes ocasiones, se puede pasar fácilmente a la eutanasia colectiva tal como

se ha visto en épocas recientes de nuestra historia, o incluso a considerar las motivaciones económicas, por cuya vía se podría llegar a encontrar una solución expeditiva a los grandes problemas deficitarios de la seguridad social.

¿Cómo es posible prever o evitar tan graves desviaciones?

¿Quién tendrá derecho a practicar la eutanasia y en qué condiciones podrá hacerlo?

¿Qué es mejor, establecer reglamentaciones y una jurisprudencia muy estricta, o bien condenarla por principio y considerar las circunstancias específicas de cada caso?

He aquí unas preguntas que se refieren a graves problemas, que se están planteando en el momento presente, y que deberían ser debidamente contestadas.

Hemos de tener presente que en nuestra sociedad existen graves problemas referentes al trato ofrecido a la ancianidad y a la forma de morir. El progreso de la ciencia y de la técnica han prolongado la vida y aumentado considerablemente el número de ancianos. Hay que reconocer que el avance ha sido considerable en este sentido, pero hay que reconocer también que un avance paralelo en el sentido de proporcionar a esta población una vida con más alicientes y menos tristezas no ha sido realizado.

Por otra parte, la sociedad moderna nos ofrece también una muerte desprovista de dolores y nos abre las puertas de la eutanasia, con todos los problemas y peligros que su uso implica. Hay que hacer frente a todo esto con la máxima atención, ya que los hechos se producen y se suceden mucho más rápidamente que nuestras previsiones y es necesario que sean debidamente enjuiciados.

LH

11-4

EL MORIR CRISTIANO*

Francesc Abel, S.J.

Aunque este artículo fue escrito hace ya algunos años y reproducido en diversas revistas, el autor considera que conserva su actualidad.

Para completar algunos aspectos científicos sobre la diferencia entre muerte cerebral (cerebro y tronco encefálico) es decir verdadera muerte, y los estados vegetativos crónicos o persistentes, en los que tenemos un paciente vivo por irreversible que sea la situación, referimos al lector al número anterior de LABOR HOSPITALARIA.

REFLEXIÓN DESDE LA SOCIOLOGÍA Y LA MEDICINA

El morir y la muerte, en cuanto muerte consumada, no son sencillamente lo mismo. Sin embargo, sólo a partir de nuestro conocimiento de lo que es la muerte podemos decir qué es el morir como fenómeno distinto de la enfermedad en general. Hoy este hecho adquiere una relevancia especial por una multiplicidad de factores: la tabuización de la muerte en la sociedad occidental; la frecuencia con que la muerte ocurre en ambientes especializados, como en el hospital, fuera del ambiente familiar; el desarrollo científico y técnico que hacen posible recuperar a muchos pacientes que hace unos años hubiesen muerto tanto por la gravedad de sus lesiones como por la falta de medios

adecuados; la aceptación de la muerte cerebral o del coma sobrepasado como criterio de muerte biológica y personal. El conjunto de estos factores, que analizaremos brevemente en este artículo, obliga a preguntarse a toda persona no sólo sobre el qué de la muerte, sino también sobre el dónde y en qué condiciones tendrá lugar este momento intrínseco a la vida, concebida como totalidad, que es la muerte personal. Y también, si aparecerá al final de largos años de vida, en los que se ha ido aprendiendo a morir, o bien la violencia cercenará de pronto la vida, sin dar tiempo a la maduración interna mediante el proceso de morir.

Para el cristiano la muerte es la llegada del hombre ante Dios, «momento en que la historia de la libertad humana se presenta ante el misterio absoluto de Dios como bienaventurada plenitud o como juicio»¹. El Dios de Jesucristo que no permite que la historia consumada del hombre se hunda en la nada y ante el cual el hombre debe rendir cuentas de su amor libre al prójimo y al mismo Dios, sin que pueda eludir esta responsabilidad en la impunidad de un mero dejar de existir. La reflexión sobre la vida que ha llevado el cristiano puede provocarle en el momento del morir una sensación amenazadora y angustiosa o de serena y pacífica aceptación, según haya estado abierto generosamente al amor o cerrado en el egoísmo. Hay que precaverse, sin embargo, de falsos juicios cuando se contempla a un moribundo. Siempre la muerte, como soldada del pecado, puede hundir al hombre en la angustia más brutal sin que ésta pueda tomarse como índice de la calidad de relación con Dios. En efecto, la serenidad o el desasosiego en el morir obedecen con frecuencia a factores fisiopatológicos, psicológicos y farmacológicos sin traducir necesari-

1. RAHNER, KARL: *Reflexiones sobre la muerte*. Tribuna Médica, 31 enero 1969, pág. 14 y sigs.

* *Izleno Viva*: «Escatología y vida cristiana». N.º 108 (1983), págs. 543-569.

más, de todos aquellos acompañamientos que la hace más temible e indeseable.

Con la aplicación de dichos medios proporcionados por la ciencia hemos alcanzado un gran objetivo en el sentido de la muerte dulce y tranquila, que podríamos considerar como ideal de la buena muerte. Y si bien es verdad que esta forma influida de morir puede acortar la vida, ello no tiene más que ventajas en aquellos casos de agonías largas y penosas, sin posibilidades de curación; con lo cual entramos en el terreno de la eutanasia, que tal como lo hemos mostrado, representa un progreso indiscutible en el sentido de la buena muerte.

No obstante, hemos de tener en cuenta que la eutanasia, sin restarle nada de sus evidentes e indiscutibles ventajas, no es un hecho natural y, como todas las creaciones humanas, presenta dos caras o aspectos diferentes según la aplicación o empleo que de ella se haga, hasta el punto de que su mal uso puede convertirla fácilmente en un procedimiento de liquidación o exterminio.

En principio hemos hablado de casos terminales sin esperanza, pero incluso en éstos, la cosa no es tan simple como parece, pues hay que tener en cuenta la valoración de las posibilidades de supervivencia, lo cual atañe al criterio del médico que, naturalmente, no es infalible. No obstante, los grandes problemas aparecen cuando se proyecta aplicarla a otras situaciones, como son los estados demenciales irreversibles, o a los suicidas, proporcionándoles ayuda eutanasica y sobre todo cuando —extendiendo aún más sus indicaciones— se pasa del enfermo terminal al incurable o, como se ha dicho en diferentes ocasiones, se puede pasar fácilmente a la eutanasia colectiva tal como

se ha visto en épocas recientes de nuestra historia, o incluso a considerar las motivaciones económicas, por cuya vía se podría llegar a encontrar una solución expeditiva a los grandes problemas deficitarios de la seguridad social.

¿Cómo es posible prever o evitar tan graves desviaciones?

¿Quién tendrá derecho a practicar la eutanasia y en qué condiciones podrá hacerlo?

¿Qué es mejor, establecer reglamentaciones y una jurisprudencia muy estricta, o bien condenarla por principio y considerar las circunstancias específicas de cada caso?

He aquí unas preguntas que se refieren a graves problemas, que se están planteando en el momento presente, y que deberían ser debidamente contestadas.

Hemos de tener presente que en nuestra sociedad existen graves problemas referentes al trato ofrecido a la ancianidad y a la forma de morir. El progreso de la ciencia y de la técnica han prolongado la vida y aumentado considerablemente el número de ancianos. Hay que reconocer que el avance ha sido considerable en este sentido, pero hay que reconocer también que un avance paralelo en el sentido de proporcionar a esta población una vida con más alicientes y menos tristezas no ha sido realizado.

Por otra parte, la sociedad moderna nos ofrece también una muerte desprovista de dolores y nos abre las puertas de la eutanasia, con todos los problemas y peligros que su uso implica. Hay que hacer frente a todo esto con la máxima atención, ya que los hechos se producen y se suceden mucho más rápidamente que nuestras previsiones y es necesario que sean debidamente enjuiciados.

LH

11-4

EL MORIR CRISTIANO*

Francesc Abel, S.J.

Aunque este artículo fue escrito hace ya algunos años y reproducido en diversas revistas, el autor considera que conserva su actualidad.

Para completar algunos aspectos científicos sobre la diferencia entre muerte cerebral (cerebro y tronco encefálico) es decir verdadera muerte, y los estados vegetativos crónicos o persistentes, en los que tenemos un paciente vivo por irreversible que sea la situación, referimos al lector al número anterior de LABOR HOSPITALARIA.

REFLEXIÓN DESDE LA SOCIOLOGÍA Y LA MEDICINA

El morir y la muerte, en cuanto muerte consumada, no son sencillamente lo mismo. Sin embargo, sólo a partir de nuestro conocimiento de lo que es la muerte podemos decir qué es el morir como fenómeno distinto de la enfermedad en general. Hoy este hecho adquiere una relevancia especial por una multiplicidad de factores: la tabuización de la muerte en la sociedad occidental; la frecuencia con que la muerte ocurre en ambientes especializados, como en el hospital, fuera del ambiente familiar; el desarrollo científico y técnico que hacen posible recuperar a muchos pacientes que hace unos años hubiesen muerto tanto por la gravedad de sus lesiones como por la falta de medios

adecuados; la aceptación de la muerte cerebral o del coma sobrepasado como criterio de muerte biológica y personal. El conjunto de estos factores, que analizaremos brevemente en este artículo, obliga a preguntarse a toda persona no sólo sobre el qué de la muerte, sino también sobre el dónde y en qué condiciones tendrá lugar este momento intrínseco a la vida, concebida como totalidad, que es la muerte personal. Y también, si aparecerá al final de largos años de vida, en los que se ha ido aprendiendo a morir, o bien la violencia cercenará de pronto la vida, sin dar tiempo a la maduración interna mediante el proceso de morir.

Para el cristiano la muerte es la llegada del hombre ante Dios, «momento en que la historia de la libertad humana se presenta ante el misterio absoluto de Dios como bienaventurada plenitud o como juicio»¹. El Dios de Jesucristo que no permite que la historia consumada del hombre se hunda en la nada y ante el cual el hombre debe rendir cuentas de su amor libre al prójimo y al mismo Dios, sin que pueda eludir esta responsabilidad en la impunidad de un mero dejar de existir. La reflexión sobre la vida que ha llevado el cristiano puede provocarle en el momento del morir una sensación amenazadora y angustiosa o de serena y pacífica aceptación, según haya estado abierto generosamente al amor o cerrado en el egoísmo. Hay que precaverse, sin embargo, de falsos juicios cuando se contempla a un moribundo. Siempre la muerte, como soldada del pecado, puede hundir al hombre en la angustia más brutal sin que ésta pueda tomarse como índice de la calidad de relación con Dios. En efecto, la serenidad o el desasosiego en el morir obedecen con frecuencia a factores fisiopatológicos, psicológicos y farmacológicos sin traducir necesari-

1. RAHNER, KARL: *Reflexiones sobre la muerte*. Tribuna Médica, 31 enero 1969, pág. 14 y sigs.

* *Izleno Viva*: «Escatología y vida cristiana». N.º 108 (1983), págs. 543-569.

riamente actitudes personales o espirituales más profundas. No obstante, hay que decirlo, el conocimiento del tipo de vida que ha llevado el moribundo puede ayudar al que está cerca de él a prestarle la ayuda más adecuada en este difícil momento en que la vida se extingue, sobre todo si el paciente conserva un cierto grado de conciencia. En última instancia se tratará de ayudarlo a abrir el corazón a Dios que nos ha sido prometido como plenitud de perdón.

Tabuización de la muerte

Desde la Alta Edad Media hasta mediados del siglo XIX la actitud de la sociedad occidental ante la muerte cambió tan despacio que apenas resulta perceptible. En el siglo XIX hasta mitad del siglo XX florece el culto a los muertos y las visitas a los cementerios, alcanzando notable desarrollo en Francia, España e Italia. Alrededor de 1930 aparece en los países que no conocieron este florecimiento una auténtica revolución: la muerte, tan familiar y omnipresente en el pasado, se convierte en algo prohibido y vergonzoso, algo de lo que no hay que hablar y sí disimular. A partir del año 1950, aproximadamente, este sentimiento se extiende por todo el mundo industrializado alcanzando también a los países mediterráneos. Se debe al sociólogo inglés Geoffrey Gorer, en un artículo aparecido en la revista *Encounter*, octubre de 1955, titulado *Pornography of Death*, el mérito de ser el primero en mostrar cómo la sociedad ha impuesto el tabú de la muerte en pleno siglo XX, reemplazando al sexo como tema prohibido.

Si de la mano del historiador francés Philippe Ariès² recorremos las actitudes del mundo occidental ante la muerte desde la Edad Media hasta nuestros días, nos encontraremos con las siguientes etapas:

- La más larga, duradera, la más común de las actitudes y que perdura a lo largo de casi doce siglos, es la resignación familiar al destino colectivo de la especie.
- A partir del siglo XII aparece una nueva actitud que subraya la importancia de la existencia propia, individual.
- A partir del siglo XVIII el hombre de la sociedad occidental tiende a dar a la muerte un sentido nuevo. La exalta, la dramatiza, la ve impresionante y acaparadora. Se muestra menos ocupado en la importancia de la propia muerte y surge la *muerte del otro*, «*tu muerte*», como elemento destacado que moviliza sentimientos y recuerdos que mueven a la sociedad de los siglos XIX y primera mitad del siglo XX al nuevo culto de las tumbas y cementerios. Coincidiendo con la muerte más frecuente en el hospital que en el propio domicilio, aparece en Gran Bretaña el impulso de negar la muerte, esforzándose en ocultar este acontecimiento a todos, especialmente a los niños. A título de curiosidad diremos que la presencia de niños en la cámara mortuoria es habitual en las representaciones pictóricas hasta el siglo XVIII. La cremación será el medio más radical de liberarse del cadáver, de olvidarse de que la muerte ha ocurrido. No habrá tumba que visitar. No será lícito confundir esta negación de la muerte con ausencia de dolor por la separación del ser querido. Hoy, como en el época romántica, la muerte de un allegado es experimentada profundamente. La sensación de vacío que produce la muerte de un ser querido existe, pero su manifestación ha de quedar restringida al ámbito estrictamente familiar si no se quieren contravenir las normas socialmente aceptables. La muerte como tabú entra también en nuestra patria en esta segunda mitad del siglo.

El cristiano puede ser una víctima de la conspiración del silencio que rodea a la muerte en la medida que no sepa o quiera afrontar su dimensión cadavérica. Hablar de la muerte, tal como es, rompiendo el silencio con que se rodea a la condición mortal del hombre, es condición de posibilidad para poder hablar de la resurrección y su significado: ruptura radical que inaugura la venida de un mundo totalmente otro. Resurrección que no significa resurrección del cuerpo físico o del cadáver; resurrección más bien significa que en la muerte

el hombre entero, con su mundo concreto y con su historia, recibe de Dios un nuevo futuro.

La atención del moribundo en el hospital y en casa

La denuncia sobre la deshumanización de los hospitales y el encarnizamiento terapéutico o distanacia, en algunos pacientes terminales han levantado a la opinión pública con el loable propósito de mejorar las atenciones de los pacientes hospitalizados. Una atenta lectura de las múltiples cartas de los derechos de los pacientes hospitalizados en centros de elevada tecnología médica expresa con claridad el temor de los pacientes a ser reducidos a simples números, a ser cosificados. No podemos ignorar que al mejorar técnicamente, la asistencia médica se ha hecho más impersonal y menos satisfactoria para el enfermo. Es cierto también que a nivel hospitalario surgen conflictos graves debidos al poder institucional, a la atomización de responsabilidades, a las dificultades de comunicación, a las exigencias científicas de algunos profesionales de la medicina, más orientados a aspectos parciales que a la totalidad de la persona, a la subespecialización, y finalmente no podemos olvidar las deficiencias de la estructura sanitaria, la ignorancia de la población en general —que dificulta aún más la comunicación— y la creciente desconfianza que, desde hace algunos años, afecta la relación médico-paciente.

Reconocidas estas deficiencias, creo sinceramente que la mayoría de pacientes que se encuentran en situación terminal en un hospital, en nuestro país, se hallan en mejores condiciones de las que se encontrarían en caso de ser atendidos en sus propios domicilios. Lo cual no tiene la intención de justificar las deficiencias, sino solamente poner un contrapunto a las exageraciones. Ciertamente que, al igual que en todas las profesiones, hay médicos poco comprometidos con sus pacientes, pero me atrevo a afirmar que no es lo corriente, sino lo excepcional. La mayoría de médicos aman a sus pacientes, y su afecto se pone de manifiesto prácticamente siempre, y en especial cuando una complicación viene a comprometer la salud del paciente. Creo tener elementos de juicio suficientes como para afirmar que el llamado encarnizamiento terapéutico es, por el momento, una rara excepción, fruto de un celo mal comprendido y de una interiorización acrítica del principio de «hacer todo lo posible por conservar una vida». La atenta protección de los derechos del enfermo y el cumplimiento de los deberes expresados en los códigos deontológicos de los médicos han de lograr el justo equilibrio que ha de configurar al médico, como técnico y compañero del moribundo.

Quisiera resaltar en estos momentos que la tentación del médico en exagerar los medios para conservar la vida de los pacientes tiene un fundamento y obedece a la actitud radical del médico ante la muerte que considera como el peor enemigo. Sería triste y lamentable encontrarse con médicos que se rindieran con facilidad ante el poder de la enfermedad o consideraran la muerte, sin lucha, como destino inevitable. Hemos de estar agradecidos cuando estamos ante un médico dispuesto a luchar hasta el último momento para salvar la vida de los pacientes. Esta es su vocación y este es el fundamento de nuestra confianza en su poder y actividad. Además de problemas relacionados con su propia biografía personal y profesional que influirán en su percepción del problema, hay que contar con el, a menudo, incierto factor pronóstico.

El médico ha de adoptar ante el moribundo una actitud que es distinta de la que puede adoptar el teólogo, pongo por caso. La vida por la que el médico ha de seguir luchando puede ser una vida a la que el teólogo ya no le conceda vida personal, en su más estricto sentido. El teólogo puede sostener que una vida humana, en cuanto humana, ha dejado de existir cuando el cerebro ha muerto, pero ha de dejar a la competencia del médico diagnosticar esta muerte. Para que el médico cumpla con el imperativo ético de luchar por salvar la vida del paciente, de manera plenamente humana, ha de poder crear el espacio interior que le haga vulnerable al médico-hombre y obedezca al imperativo moral de profundo respeto a la dignidad de la persona humana. El imperativo ético médico de encontrar remedio a las enfermedades no puede quedar anestesiado y ha de nutrir el espíritu médico. La tensión médico-investigador y médico-hombre-compañero del moribundo ha de encontrar el camino en un ejercicio de la profe-

2. ARIÈS, PHILIPPE: *Western attitudes toward death, from the middle ages to the present*. John Hopkins University Press, 1974.

— *Essays sur l'histoire de la Mort en Occident du Moyen Age à nos jours* (Ed. francesa, Ed. du Seuil, 1975).

— *La muerte en Occidente*. Argos Vergara, 1982.

sión que dé toda prioridad al paciente como persona. La misión del médico en la atención del moribundo podría formularse así: «la de procurar al hombre el ámbito vital biológico dentro del cual pueda consumarse una vida humana como historial personal de la libertad» (Rahner).

No hay duda alguna de que el paciente que entra en el hospital con una mínima esperanza de abandonarlo con vida significa que, aparte de la libertad, le es arrebatada cierta porción de su vida. Ciertas cosas han de abandonarse para siempre. La vida familiar ya puede darse por acabada; la presencia de las personas queridas se hallará, a partir de entonces, controlada. La atención de estos clientes terminales requiere unos cuidados y una dedicación combinados con habilidades técnicas que van más allá de las posibilidades de los familiares. Si las necesidades del enfermo caen fuera de los medios a mano se verá expuesto al sufrimiento, al igual que quienes se hallan a su disposición percatándose de que los cuidados son totalmente inadecuados. En resumen: la muerte en el hospital no supone necesariamente marginación ni la muerte en casa la excluye. El concepto británico de los *hospices* como hogares donde se atiende a los pacientes terminales de modo profesional, ofreciendo al paciente los cuidados adecuados en un clima familiar y de seguridad, atendiendo todas las necesidades que puede presentar derivadas del dolor, ansiedad y miedo, aparece como una posible solución. De todas maneras no resulta inconcebible que los mismos hospitales corrigieran la actuación frente a los moribundos, cuando se ve la irreversibilidad del proceso y la ineficacia de los tratamientos, orientando la asistencia hacia las necesidades del moribundo, a quien ya no habrá que tratar como si fuera a vivir, sino acompañarlo en su proceso de morir con los debidos cuidados sanitarios y una modificación de las normas de visita hospitalarias para asegurarle la compañía de familiares o amigos. Morir en su compañía es un derecho básico a defender y a exigir.

Entrevista con moribundos y la aceptación de la muerte en Kübler-Ross

La forma en que los pacientes tienden a reaccionar a medida que se aproximan a la muerte es de sobra conocida de quienes se encuentran a su cuidado. Frecuentemente las emociones de los enfermos que se encuentran en trance de muerte evolucionan en el sentido de una progresiva aceptación del infausto suceso inminente. Corresponde, sin embargo, a la doctora Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra de origen suizo, nacionalizada en Estados Unidos, el incuestionable mérito de hacer frente al problema de la muerte en un tiempo y una cultura que rechazaba enfrentarse con este tema y que procuraba disimularla al máximo. Así publica, en el año 1969, su primer libro *On Death and Dying*³, en el que sistematiza las cinco fases por las que puede pasar un paciente ante el carácter terminal de su dolencia:

1. *Fase de negación*, total, parcial, selectiva, continua o alternante, etc., de la enfermedad.
2. *Fase de ira*, en la que el paciente se vuelve agresivo frente al médico, enfermeras, familia.
3. *Fase de regateo o pacto*, en la que el paciente parece estar en paz, pero en realidad está negociando con Dios. El significado psicológico de esta negociación es que el paciente tiene el valor de mirar de frente lo que le acontece y pide que se le alargue el tiempo de vida. Moviliza recursos internos con objeto de armarse de fortaleza para el final del viaje.
4. *Fase de depresión*. Es la reacción más importante, la más frecuente y la más duradera. Depresión que primero es activa: el paciente lamenta pérdidas pasadas. Habla de que se le ha extirpado un pecho, o de su incapacidad para ocuparse de ningún quehacer, o quizá para estar con los niños. A lo cual sigue un pesar silencioso y preparatorio, en que el paciente comienza a llorar pérdidas futuras y a desprenderse gradualmente de todo.
5. *Fase de aceptación*. Esta etapa es de serena aceptación y ha de considerarse como el «último estadio del crecimiento del individuo»

—con este título, Kübler-Ross define su posición en uno de sus últimos libros. Considera esta aceptación como normativa y ha de ser el objetivo a alcanzar en el trato con el moribundo. Reducida a sus síntomas psíquicos la lobreguez de la muerte queda reducida a un mero problema de madurez humana, desapareciendo todo carácter de ruptura para colocarse en lo que es natural: cambio, movimiento, maduración y muerte. Hacer frente a la muerte postula una integridad psicológica que haga posible aceptar la naturaleza mortal de la vida humana. Esta aceptación como única posibilidad normativa nos lleva a la muerte que deberíamos morir, en términos de paz psicológica. Desde esta perspectiva, Kübler-Ross niega a la muerte su dramática realidad de ruptura óptica, ya que, hasta muy recientemente, esta muerte psicológicamente aceptada era la última realidad para esta doctora. Y decimos esto porque parece que no ha podido quedarse en esta relativamente confortable posición y ha comenzado a buscar un más allá acomodaticio, de espíritus y entidades...⁴

Al igual que comentábamos anteriormente, en la tabuización de la muerte, podemos señalar aquí que la psicologización de la muerte corre el grave peligro de olvidar que la muerte reclama la totalidad de la persona humana y no admite el fácil reduccionismo a categorías psicológicas. También hemos de señalar que como cristianos, no tenemos, sin más, que alcanzar el estadio de aceptación serena y tranquila como si esto fuera un deber, ni creer que basta una maduración emocional para despojar a la muerte de todo dramatismo y angustia. Al contrario, no podemos olvidar que por el pecado entró la muerte en el mundo; y que la muerte es un enemigo, el último en ser destruido (1 Cor. 15, 26).

El diagnóstico de muerte

La determinación por el médico

No hay que concebir la muerte biológica como un instante puntual o paro total e instantáneo de toda vida orgánica, sino como un fenómeno lento y progresivo. Es un proceso que iniciándose en algún centro vital se propaga en seguida progresivamente a todos los órganos y tejidos. Cuando hablamos de la muerte cardiaca, pulmonar o hepática nos referimos a la localización de una enfermedad o lesión que en último término conduce a la muerte de todo el organismo.

Hasta hace muy pocos años la comprobación de la muerte del individuo no constituía un problema para el médico, bastaba comprobar el paro cardiaco y respiratorio. Hoy esto se ha complicado en algunos casos. En efecto, gracias a las modernas técnicas de reanimación es posible superar muchos casos de colapsos circulatorios agudos y por medio de aparatos de respiración artificial se puede resolver la parálisis respiratoria debida a lesiones craneano-cerebrales, intoxicaciones y otras causas. La rapidez en la puesta en marcha de los medios para restablecer el aporte sanguíneo a los tejidos por medio de las técnicas adecuadas de reanimación señala las posibilidades y el grado de recuperación posible. Los órganos más notables y diferenciados resisten menos tiempo la falta de oxígeno. En condiciones favorables el corazón sobrevive a una interrupción del riego sanguíneo de una a una hora y media; los riñones, dos horas y media; el hígado, de veinte a treinta minutos; los pulmones, de treinta a sesenta segundos; el cerebro, a lo sumo, de ocho a diez minutos.

Si la reanimación de un paciente, con la consiguiente irrigación cerebral, no tiene lugar hasta pasados tres o cuatro minutos del fallo cardiaco, aparece el llamado síndrome apático: el paciente queda decorticado, es decir, se ha destruido ya la corteza cerebral, determinante de lo específicamente humano, mientras el tronco encefálico continúa dirigiendo las funciones vegetativas. Se ha perdido la vida de relación —por lo menos a niveles constatables—, pero se mantiene la respiración, el riego sanguíneo y la temperatura. Si la situación de hipoxia cerebral se mantiene más de ocho o diez minutos el paciente entra en una situación que ha venido en llamarse muerte cerebral o coma sobrepasado. Tiene importancia su determinación en

3. KÜBLER-ROSS, ELISABETH: *On Death and Dying*. MacMillan Publishing Co., 1969. Ed. en castellano, *Sobre la muerte y los moribundos*, Ed. Grijalbo, 1975. Véase también *Death, the final stages of growth*, Prentice-Hall, 1975.

4. ROSENBAUM, RON: *Turn on, turn in, drop dead*. Harpers 265, 1982, núm. 1.586, julio 1982, págs. 32-42.

aquellos pacientes que mantienen unos signos aparentemente de vida, gracias exclusivamente al respirador. Cuando se dan las características de muerte cerebral o coma sobrepasado tenemos no una persona, sino una preparación cardiopulmonar o un cadáver insepulto. La urgencia en determinar el momento preciso en que podemos hablar de muerte cerebral viene determinada por la necesidad de órganos vivos para un posible trasplante.

Una vez aceptado que la muerte cerebral es criterio seguro de muerte total, surge la dificultad de los criterios y fiabilidad de los parámetros para determinar esta muerte con precisión y evitar la acusación de que puede haber donantes de riñón que «si no estaban muertos al entrar en el quirófano, ciertamente ahora lo están, después de la extracción». Acusación que la BBC de Londres, en un programa televisivo, *Panorama*, lanzó al criticar los criterios seguidos en Gran Bretaña para determinar las condiciones legales de extracción de órganos de presuntos cadáveres por coma sobrepasado⁵.

Creo puede interesar al lector un breve resumen de la historia y de las condiciones requeridas para hablar de coma depasado. Los neurólogos franceses Mollaret y Goulon fueron los primeros que abordaron el concepto de *coma dépassé* en 1959 (XIII Reunión Neurológica Internacional). Partiendo de veintitrés casos estudiados, lo definieron como «aquél grado de extremo coma en el que se une una abolición total de las funciones de relación con la supresión, igualmente absoluta, de las funciones de la vida vegetativa»⁶.

Teniendo en cuenta esta definición, para que se dé el coma sobrepasado hay que encontrar estos cuatro grupos de signos:

1. Pérdida de la vida de relación y arreflexia total, indicadores de la inactividad global del sistema nervioso central.
2. Electroencefalograma plano, isoelectrico, significativo de la inactividad eléctrica de la corteza cerebral.
3. Midriasis total, con inmovilidad de los globos oculares, que nos habla de la inactividad del mesencéfalo.
4. Abolición de la respiración espontánea, colapso cardiovascular y pérdida de la regulación de la temperatura con hipotermia, datos que nos traducen la inactividad del diencefalo y del tronco cerebral.

Estos cuatro grupos de signos nos definen la pérdida irreversible de todas las funciones del encéfalo; es decir, la muerte del mismo. Y decimos específicamente muerte del encéfalo, porque un individuo en situación de coma sobrepasado no está únicamente decorticado ni es sólo un descerebrado, sino que ha perdido la funcionalidad de toda la substancia nerviosa a partir de la unión de la médula espinal con el bulbo, hacia arriba. Eso trae, como consecuencia, graves y diferentes lesiones: la del centro respiratorio, con imposibilidad de supervivencia, aunque se mantenga la respiración controlada mecánicamente; la de los centros termorreguladores, con equilibrio progresivo de la temperatura corporal con la del medio ambiente; la de los centros presores, con descenso de la tensión arterial diastólica prácticamente a cero y con cifras muy bajas de sistólica; la regulación cardiaca, con bradicardias y taquicardias, sin respuesta a los diferentes fármacos; la insensibilidad ante todo tipo de estímulos, cualesquiera que sean, etc. Únicamente el corazón sigue latiendo por tiempo indefinido mientras se logre una ventilación pulmonar eficaz y un mantenimiento correcto de la homeostasis del organismo, y ello gracias a sus propiedades de autoexcitabilidad y automatismo que perduran siempre que se aporte a las fibras musculares específicas del miocardio los elementos nutritivos necesarios (oxígeno, calorías) y permanezca a través de su membrana celular el ingrediente iónico preciso.

A esta sintomatología clínica le corresponde un cuadro anatomopatológico de citolisis encefálica, que concuerda perfectamente con

el carácter de irreversibilidad del proceso. Hay lesiones de necrosis neuronal en toda la extensión del encéfalo, la cual llega a ser tan intensa como para poder encontrarnos, a la apertura del cráneo, con una verdadera papilla cerebral similitud, donde son imposibles de diferenciar las unidades estructurales del sistema nervioso central.

Fue la Universidad de Harvard la que nombró un comité para que estudiara las condiciones que se requieren para poder retirar el respirador de un individuo en coma. Este comité, presidido por el doctor Henry K. Beecher, publicó, el 5 de agosto de 1968, los signos que dan en definitiva el diagnóstico de muerte del cerebro, signo auténtico y verídico del fin de la vida humana. Los criterios exigidos por el Comité de Harvard son:

1. Abolición de la respiración espontánea; pérdida de la vida de relación y arreflexia total, incluso a estímulos muy dolorosos.
2. Ausencia de movimientos musculares y de respiración espontánea durante una hora, o durante tres minutos, por lo menos, si se desconecta el respirador.
3. Midriasis. Ausencia de reflejos, movimientos musculares y pupileo.
4. EEG isoelectrico (plano).
5. Persistencia de esta situación cuando las pruebas son repetidas a las veinticuatro horas de encontrarse el paciente en las mismas condiciones.

Estos criterios de muerte cerebral no son válidos ni aplicables cuando se trata:

1. De un paciente sometido a hipotermia, ya sea terapéutica, ya sea accidental.
2. De un paciente bajo la influencia de barbitúricos, neuropléjicos o, en general, de cualquier substancia que pueda deprimir seriamente el sistema nervioso central.

Una vez cumplidos estos requisitos podemos afirmar que nos encontramos ante una *vida meramente técnica* (RAMSEY) o ante un *cadáver insepulto* (Thielicke-Ramsey).

Desde la publicación de estos criterios se ha escrito mucho sobre su fiabilidad y sobre posibles excepciones que hicieran posible un error diagnóstico de muerte. El debate ha consistido sobre todo en la necesidad o no y las características que ha de tener el electroencefalograma. Más importante aún ha sido la insistencia en que, ante toda duda, se compruebe la circulación cerebral por medio de angiograma que puede detectar unas alteraciones típicas de las arterias cerebrales y que prueban la supresión funcional del cerebro.

Los criterios emanados del Comité de Harvard siguen siendo válidos hoy en día con algunas precisiones de carácter estrictamente técnico que escapan a las pretensiones de este estudio. No se ha dado jamás el caso —a pesar de alguna publicidad en contra, por falta de adecuada información— de un individuo que se haya recobrado o *resucitado* cuando se han cumplido los requisitos exigidos por el mencionado Comité. Séanos permitido el escrúpulo de informar que puede darse perfectamente la muerte total del individuo en el mal llamado coma sobrepasado o muerte cerebral con persistencia durante algún tiempo de reflejos espinales.

Todas las pruebas que se han mencionado son necesarias solamente para un pequeño porcentaje de casos en los que la muerte es incierta —en los que los indicadores médicos tradicionales para la muerte están oscurecidos a causa de la intervención de la maquinaria para la resucitación o cuando se sospeche que hay daño cerebral irreversible o coma permanente. Los criterios se establecieron no para reemplazar los signos tradicionales que determinan la muerte, sino para completarlos. Estos signos son: cesación de respiración espontánea, ausencia de latido de corazón y completa falta de reflejos cefálicos.

Con todo lo expuesto hasta aquí, en este apartado, quedan abiertos importantes y graves problemas de conducta para el médico y familiares de un paciente. En efecto, sabemos que por efecto de una resucitación, que ha dado una anoxia o hipoxia de mayor duración de la esperada, nos podemos encontrar con un subproducto de nuestra tecnología, es decir, no conseguir el propósito de recuperar al enfermo, ni haber impedido la evolución de la enfermedad o lesión que hubiera acabado con la vida del paciente. Nos encontramos, pues,

5. *A Television Fiasco on Brain Death*. The Lancet, vol. II, 1980, 8.199, pág. 843.

6. MOLLARET, P. y GOULON, M.: *Coma dépassé*. Rev. Neurol., 101, 1959, págs. 3-15. Para un conocimiento más actualizado puede consultarse el tratado de LUIS BARRAQUER BORDAS: *Neurología Fundamental*, 1976, 3.ª ed., y acerca de los debates más recientes a PALLIS CHRISTOPHER: *ABC of Brain stem death*. Articles from the British Medical Journal, Ed. British Medical Journal, 1983. Un estudio muy pedagógico y que hemos seguido al escribir este apartado es el publicado por KALFFER, CHRISTOPH: *El fenómeno de la muerte desde el punto de vista médico*. En: *Conitium*, 10, 1974, págs. 94, 29-38.

con un paciente con vida vegetativa permanente a quien hay que cuidar, pues se trata de un ser humano. Si bien es cierto no estamos obligados a la utilización de los clásicamente llamados medios extraordinarios, no podemos ignorar que la pervivencia de una persona joven con medios meramente ordinarios puede ser muy larga, días, meses o años.

Determinación de la muerte por el teólogo

La interacción de dos profesionales que se ven obligados a tratar el problema de la muerte, bajo diferentes vertientes, alcanza el grado máximo de interés académico y dramático en el caso comentado más arriba, es decir: cuando ante un paciente inconsciente —privado de toda actividad intelectual y aparentemente sin capacidad alguna de relación, irremisiblemente inaccesible a toda forma de cuidado humano— el médico quisiera que el teólogo le dijera más de lo que éste puede afirmar, y viceversa, el teólogo estaría satisfecho que el médico suprimiera toda reticencia y afirmara que el paciente no tiene ya ninguna clase de autoconciencia. Esto es imposible hacerlo por ser inverificable. El teólogo tiene la sospecha que en tal caso la vida personal está acabada, pero necesita del diagnóstico de la muerte biológica para poder pronunciar que ha desaparecido del todo el sujeto de deberes. El que ya no es, pero todavía es, sigue en este lado de la frontera de la muerte. Teólogo y médico han de callar emudecidos ante el misterio de lo que es en realidad la muerte, mientras permanece el deber de conservar aquella vida que sigue siendo humana. El teólogo podrá sostener que la vida humana ha finalizado en cuanto humana cuando el cerebro ha muerto, pero entenderá como cerebro el sustrato biológico de la vida humana y devolverá al médico la pregunta, sin respuesta, de si esto se da en el síndrome apático. El médico quisiera responder que sí, pero sabe que jamás la biología ha reclamado la certeza metafísica...

El relato de los redivivos

En el año 1975 publicó el doctor Raymond A. Moody el libro *Life after life*⁷, que constituyó un *best seller* mundial. Narra las descripciones de ciento cincuenta personas que fueron reanimadas en situación de colapso circulatorio o muerte clínica. La similitud de los relatos, acompañados de una buena organización publicitaria, pudieron inducir a algunos a pensar que se trataba de experiencias vividas por personas que ya habían dado el salto más allá de la muerte y que habían sido reenviadas acá. El problema terminológico de llamar *muerte clínica* a la situación de difícil, pero posible recuperabilidad de un paciente, sumada a la afirmación de la doctora Kubler-Ross, que prologa el libro, de que constituye una prueba evidente de la vida después de la muerte, puede causar confusión al lector ingenuo. El conjunto de vivencias, caracterizadas poco más o menos, por sensación de salirse del cuerpo, desdoblarse la conciencia, flotar en el aire, visión de la propia muerte, repetición de escenas de la vida, intensas vivencias de luz y color, encuentro con figuras luminosas y personas ya fallecidas, etc., tienen una explicación científica aunque no unívocamente compartida y se encuentran en otros estados unívocos como en la esquizofrenia, uso de drogas alucinógenas, sueño, etc. Una vez más —aparte el interés literario— nos encontramos con una especie de deseo de transformar el más allá en un más acá un poco extendido y controlable.

El éxito de este libro no parece responder tanto a la curiosidad sobre el qué de la muerte, sino al cómo controlar este tiempo que se nos escapa o cómo quitarle radicalidad a la muerte o soledad al morir. No puede negarse que a los pacientes que vivieron este morir de manera tan cálida la experiencia puede haberles resultado reconfortante. Teológicamente esto no tiene valor alguno, como tampoco lo tendría si las experiencias recogidas hubieran sido seleccionadas con pacientes cuyo morir no hubiera revestido caracteres tan simpáticos como podría ser, por caso, el de pacientes con intoxicación uremática o con delirios amenazantes.

REFLEXIÓN DESDE LA TEOLOGÍA

El cristiano cercano al ideal

A medida que se suceden los años un cristiano puede ir comprendiendo todas las consecuencias que se derivan de su conmorir con Cristo por el bautismo, de su renuncia al pecado. Crecerá en él el gozo de la filiación divina, gracias a una transformación profunda de mente y corazón que le libre de toda autosuficiencia egocéntrica. Sólo poco a poco, en la mayoría de los casos, irá extrayendo las consecuencias de su *ser-para-los-demás* y de la vida como don de Dios. Comprenderá también mejor el gozo exultante de Pablo, cuando dice: «Lo que para mí era ganancia, lo he juzgado una pérdida a causa de Cristo. Y más aún, juzgo que todo es pérdida ante la sublimidad de conocimiento de Cristo Jesús, mi Señor, por quien perdí todas las cosas, y las tengo por basura para ganar a Cristo» (Fil 3, 7-8). Verá la necesidad de evangelizar ofreciendo su vida a anunciar la salvación, «ese gran don de Dios que es liberación de todo lo que oprime al hombre, pero que es, sobre todo, liberación del pecado y del Maligno, dentro de la alegría de conocer a Dios y ser conocido por Él» (*Evangelium Nuntiandi* 9). Deseará destruir las estructuras de muerte y de pecado «transformando con la fuerza del Evangelio los criterios de juicio, y los valores determinantes, los puntos de interés, las líneas de pensamiento, las fuentes inspiradoras y los modelos de vida de la humanidad que están en contraste con la Palabra de Dios y con el designio de salvación» (E.N. 19). Anhelará compadecer con Cristo «completando en la carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo, en favor de su Cuerpo, que es la Iglesia» (COI, 1, 24). Esperará expectante el momento de su encuentro definitivo con Cristo y el comienzo de una vida nueva en la resurrección gloriosa. El dinamismo de acción que le viene dado por la esperanza en la resurrección y la promesa del reino le forzarán a adelantar ya aquí y ahora la venida del mismo y recorrer los caminos que conducen a la superación del mal y de todo cuanto parece carecer de perspectiva.

Esta dinámica, creativa y redentora, por ser participación de la vida de Cristo, no excluye ningún momento de la existencia, incluido el mismo proceso en el que las pasividades de disolución biológicas le coloquen en la situación de impotencia que es el morir. Incluso en este instante, que lleva a la muerte física, puede el cristiano hacer del mismo un acto de fe, abandonándose a las manos del Padre, como el mismo Cristo; un acto de esperanza confiada en la misericordia de Dios y un acto de amor entregando su vida, que culmina, al Padre en bien de los demás. Teilhard lo expresa bellamente en *El Medio Divino*:

«Tras haberte percibido como Aquel que es un más yo mismo, haz, llegada mi hora, que te reconozca bajo las especies de cada fuerza, extraña o enemiga, que parezca querer destruirme o suplantarme. Cuando sobre mi cuerpo (y aún más sobre mi espíritu) empiece a señalarse el desgaste de la edad; cuando caiga sobre mí desde fuera, o nazca en mí por dentro, el mal que empequeñece o nos lleva; en el momento doloroso en que me dé cuenta, repentinamente, de que estoy enfermo y me hago viejo; sobre todo en ese momento en que siento que escapo de mí mismo, y soy pasivo en manos de las grandes fuerzas desconocidas que me han formado; Señor, en todas estas horas sombrías hazme comprender que eres Tú (y sea mi fe lo bastante grande) el que dolorosamente separa las fibras de mí ser para penetrar hasta la médula de mi sustancia y llevarme a Ti.

Sí, cuando más se incrusta el mal en el fondo de mi carne, y es incurable, es más a Ti a quien cobijo, como un principio amante, activo, de depuración y de liberación. Cuanto más se abre ante mí el futuro como una grieta vertiginosa o un oscuro paso, más confianza puedo tener, si me aventuro sobre tu palabra, de perderme o abismarme en Ti, de ser, Jesús asimilado por tu Cuerpo. Energía de mi señor, Fuerza irresistible y viriente, puesto que de nosotros dos, Tú eres infinitamente el más fuerte, a Ti compete el don de quemarme en la unión que ha de fundirnos juntos. Dame todavía algo más precioso que la gracia por la que todos los fieles te ruegan. No basta con que muera comulgando. Enséñame a comulgar muriendo»⁸.

7. MOODY, RAYMOND, A.: *Life after Life*. Covington, 1975. Trad. española, *Vida después de la vida*, Madrid, 1982.

8. TEILHARD DE CHARDIN: *El Medio Divino*. Taurus, 1964, pág. 84.

El cristiano que a lo largo de su vida ha procurado seguir fielmente a Jesucristo en la obediencia a Dios y en la confianza en su palabra, recibe su vida como don y tarea, viviéndola al servicio de los hermanos, puede experimentar que el rostro de la muerte transforma su naturaleza negativa convirtiéndose en la *hermana muerte*, como la llamara Francisco de Asís. Esta experiencia positiva de la muerte no se improvisa. Es fruto de una vida en la fe, la esperanza y el amor. Si bien es cierto que con el morir de Cristo todo morir queda liberado de su postrera tenebrosidad y fatalidad, no es menos cierto que el seguimiento de Cristo va acompañado, con frecuencia, de infidelidades, flaquezas y distanciamientos más o menos momentáneos, por parte del hombre pecador. Sucede entonces que el dinamismo de ruptura del pecado hace sentir todavía su fuerza en el ánimo del que agoniza y necesita consuelo. Para este hombre es importante concienciarse que llega a su término la vida y que va a presentarse ante el Señor. Tiene todo el derecho a que su vida logre su consumación en un último acto de amor y abandono confiado.

El cristiano alejado del ideal

Todo cristiano que vive confrontado con la muerte y abierto a los demás, conviene que conciba la vida como totalidad que incluya el morir y la muerte como un elemento intrínseco de la misma vida. Esto le ayudará a dar consistencia, sentido y profundidad a la propia existencia. Asumir las pequeñas muertes de cada día, como son las limitaciones personales, la importancia ante el paso del tiempo, que entierra muchos de sus sueños, y el mismo dolor, pueden ayudarle a la maduración psicológica y espiritual y con ello puede estar mejor preparado para afrontar el momento de la ruptura que es la muerte.

El hombre que —al contrario del que hemos presentado— vive superficialmente y encerrado en su egoísmo, tiende a ignorar la brevedad de la vida y a no tomar en consideración a la muerte, tanto biológica como espiritual; olvidando que en medio de la vida vivimos rodeados de muerte. Ignorarla es un mecanismo de defensa ante su cierta, inquietante y amenazadora realidad. Alejarla y volverla distante permite aferrarse egoístamente al propio *tener*, vaciándose cada vez más la vida de sentido y llenándose de angustia por el «vacío del más allá». El hombre, alejado de Dios, se vuelve distante con respecto a su más íntima realidad y su finitud le resulta insoportable. La muerte aparece ante sus ojos como absurdidad total y la radicalidad de la misma, en lo que supone de ruptura de la unidad psicofísica del ser humano, demasiado amenazante para ser tolerada. El tratamiento que de la muerte hace la sociedad occidental, en nuestro siglo, no le ayudará a la reflexión conveniente que le libere de su egoísmo, aceptándose como pecador y convirtiéndose a Dios. Para este hombre el proceso de morir y el conocimiento de que la muerte está ya cerca puede resultar de extrema importancia para que se le abra el camino a la verdadera Esperanza y Salvación. El conocimiento de lo que está sucediendo y la vivencia de su íntima soledad pueden hacerle más vulnerable a la gracia. Así como vivió su vida, tiene derecho a su muerte, haciendo un acto de libertad en el instante supremo en que aquella se acaba, y tiene todavía tiempo de tomar una decisión definitiva ante Dios.

Consecuencias de la definitividad de la muerte

Morir con dignidad

Dejando al margen la teoría de la *decisión final*, que tiene en el teólogo L. Boros a uno de sus máximos exponentes, podemos afirmar que sólo en la muerte se hace definitiva la totalidad de la vida. En palabras de Karl Rahner: en la muerte acontece la definitividad de la historia de la libertad del hombre. Con la muerte llega a su fin el ámbito temporal de la autodisposición definitiva del sujeto. En todo caso, «el sujeto libre no está seguro de haber hecho durante su vida una opción fundamental tan radical, que a la hora de la enfermedad y de la muerte no corra peligro de quedar trastocada de nuevo». Por esta razón el hombre tiene el derecho y la obligación de configurar

la situación de su muerte, en lo que es posible, de tal manera que se respete, también en lo posible, su libertad.

Este concepto de que el hombre tiene el derecho de asumir su muerte como persona, responsablemente, como criatura que recibe a la muerte como algo intrínseco a su condición de mortal —y para el creyente como venida de la voluntad de Dios— es lo que, a nuestro juicio, encierra el concepto pocas veces definitivo y siempre difuso o confuso del *derecho a una muerte digna o a morir con dignidad*.

Una serie de consecuencias se derivan de la necesidad de disponer del ámbito de libertad suficiente en el proceso del morir para asumirlo responsablemente y que podríamos sintetizar en forma de *derechos del moribundo*, que conllevan correlativas obligaciones por parte del personal que lo atiende. Estos derechos serían: el derecho a saber que va a morir; el derecho a rehusar tratamiento; el derecho a expresar su fe, libre de toda coacción externa; el derecho a mantener la conciencia lo más cerca posible de la frontera de la muerte. Antes de analizar brevemente estos derechos quisiera aclarar el concepto de que la muerte viene por voluntad de Dios, y esclarecer un poco más el concepto de dignidad en el morir con un ejemplo en el que queda de manifiesto la indignidad de una muerte, por causas externas, en una persona que aceptaba la muerte con toda la dignidad de persona.

Aceptar la muerte como venida de la mano de Dios o por voluntad de Dios no quiere significar que Dios, en un momento dado, decida poner fin a mi vida. Esta voluntad de Dios significa que habiéndome dejado nacer como una parte de este mundo en devenir, me deja morir ahora según sus leyes. Que estando ahora en el momento de la muerte junto a mí en Espíritu, me quiere acoger a Él.

Veamos ahora este ejemplo que nos muestra cómo una muerte dignamente aceptada puede circunstancialmente y por factores extrínsecos estar rodeada de indignidad. Hace algunos años, no muchos, un anciano jesuita, muy amigo, me comunicó que se le había diagnosticado un cáncer de colon en estado avanzado. No tenía miedo a una muerte próxima. Su preocupación era la de molestar lo menos posible y no preocupar a la comunidad. Se encontraba mejor de lo que la imagen radiológica daba a suponer. Deseaba estar preparado a recibir al Señor y permanecer consciente el mayor tiempo posible cuando se acercara el instante último. El rostro de la muerte no le asustaba. Sonriendo, me dijo que le horrorizaba la idea de morir rodeado solamente de instrumentos, intubado y con el insistente *bip-bip* de los registros electrónicos. La idea de una amplia resección intestinal le importaba menos que los inconvenientes de un ano contranatura. «A mis setenta y cinco años —me dijo— ¿por qué he de someterme a esto que considero humillante? De todos modos me operaré, si bien me asusta la quimioterapia posterior. Me conforta pensar que el doctor que me atiende es muy humano y no permitirá que el tratamiento llegue a desintegrarme y no me reconozca *yo mismo*. Me gustará cuando llegue el momento poder decir adiós a los amigos y escuchar a Beethoven y a Mozart. En el cielo los escucharé con los ángeles entre fuga y fuga de Bach... Ven a verme, no me dejes solo...».

Las cosas no salieron como fueron proyectadas. Su final fue doloroso y, a mi juicio, manejado con menos competencia que la deseada. La terapia instaurada no fue tampoco adecuadamente controlada atendiendo a su persona como totalidad y poco a poco su morir se hizo más y más difícil, prolongándose su estadio terminal, con delirios paranoides que forzaron aislamiento, control estricto de visitas y sedación. Todo un arsenal técnico hizo más difícil cada vez la comunicación y lentamente los amigos fuimos más y más extraños para este paciente que moriría sin conocer a nadie, durante bastante tiempo, sin música y solo, muy solo... Cuando un día, pensando cuánto duraría esta penosa situación, fui a visitarle, temprano por la mañana, me encontré al entrar en la habitación la cama vacía... Celebré la Eucaristía y escuché la Novena de Beethoven, la última que habíamos escuchado juntos, antes de que comenzara lo que no tenía que haber sido.

No hay duda que morir se es más difícil que antaño, cuando la muerte ocurre en un hospital. Indudables problemas éticos se presentan a médicos, enfermeras y sacerdotes que han de tratar a pacientes terminales. El rechazo visceral de la muerte y con ella el mis-

9. RAHNER: Op. citado.

do a la descomposición pueden horrorizar a muchos, pacientes y cuidadores, pero esto no justifica que las etapas previas de la muerte, es decir, el proceso de morir, sea convertido en una mera atención a un *sujeto clínico*. Hay que reforzar al máximo la calidad profundamente humana de la relación médico-enfermera-paciente. Relación que exige el afecto, el silencio y la presencia amigable hacia el que muere. La íntima soledad del que muere puede ser más llevadera por el calor humano de los que acompañan al moribundo durante el proceso de morir.

No hace mucho que el doctor David J. Roy¹⁰ sintetizaba las condiciones esenciales del morir con dignidad y que son coincidentes con los aspectos más sobresalientes de los deseos expresados por mi anciano amigo. En efecto, para Roy, morir con dignidad significa:

1. Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar al moribundo algunas horas suplementarias de vida biológica.
2. Morir sin dolores atroces que monopolicen toda la energía y la conciencia del moribundo.
3. Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser *vivir su hora más hermosa*.
4. Morir manteniendo con las personas cercanas contactos humanos sencillos y enriquecedores.
5. Morir como un acto consciente de quién es capaz de realizar el difícil *ars moriendi*.
6. Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llega.
7. Morir con un espíritu abierto, aceptando que muchos interrogantes que la vida ha abierto queden sin respuesta.
8. Morir con el corazón abierto, es decir, con la preocupación del bienestar de los que quedan en vida.

Estas condiciones, como puede observarse, podrían sintetizarse como un conjunto de aspectos que hacen referencia a la persona como responsable ante Dios; como sujeto de relación *ser-pari-con-los demás* y como unidad psicofísica integrada.

El punto 5 de esta lista se presta a la discusión sobre la muerte como acción o pasión. Roy toma partido por la concepción de Rahner que considera la muerte como acto consciente que ha de configurar la vida del hombre. El miedo a la muerte por parte del cristiano se explicará como efecto del pecado. Jungel no aceptaría tal posición. Para él el hombre soporta el fin de la vida, liberado ya de la muerte como maldición en una pasividad que viene condicionada por la actividad del creador. El miedo a la muerte, según Jungel, viene determinado porque el hombre está fijado en sí mismo y se constituye en medida de todos los valores. Puede salir de esta amenaza relativizando el yo: mediante la reconciliación del hombre con Dios y consigo mismo. Otra fuente del miedo a la muerte es un miedo creado desde fuera artificialmente, que es utilizado como instrumento de sumisión. Este miedo se puede evitar a menudo preocupándose de la vida, creando relaciones en las que uno pueda vivir honradamente. Estas dos posiciones son conciliables, dentro de su aparente discordancia: «la muerte se puede afrontar y soportar tanto más fácilmente cuanto más haya aprendido el hombre a tener su yo como menos importante, cuanto más haya existido al ciudadano de la vida y de la muerte de los demás. Los cristianos pueden saber que su temor a la muerte como maldición carece de fundamento y que en su amor Dios hace madurar su definitividad. Esto puede hacer más fácil su muerte. Pero también pueden temer por no haber vivido suficientemente para los demás (en trabajo, en amor, en fidelidad) y, en consecuencia, por no haber encontrado a Dios en los demás...»¹¹.

El derecho a conocer la cercanía de la muerte

El derecho de todo hombre a conocer la verdad sobre las cosas que le afectan, y la correspondiente obligación de informarle, están a la base de la convivencia. No sólo la mentira; incluso la falta de sinceridad destruye la confianza, tan necesaria para la relación inter-

personal. Pero la confianza es particularmente importante en la relación del enfermo con el médico; de ahí la importancia que tiene la veracidad de éste, veracidad cargada siempre de responsabilidades, porque no se refiere a hechos meramente objetivos, sino a realidades cargadas de trascendencia subjetiva, sobre todo cuando el pronóstico se refiere a la futura presencia física del enfermo, o a su funcionalidad (libertad y capacidad de movimientos), o a la pérdida de la vida, o a otras posibles verdades difíciles también de encajar. En principio ha de afirmarse como prioritario el derecho a conocer la verdad sobre el estado de su salud por parte del enfermo; pero no a costa de lo que a él le conviene como persona. Así se dejará de comunicar la verdad solamente cuando nos conste que el otro es incapaz de soportarla. El derecho a la verdad cede, cuando hundiría en la desesperación fatalista y en la anulación personal; cuando sólo podrá ser recibida como una condena a muerte y sin sentido¹².

En el hospital el responsable de la comunicación de la realidad al paciente es, en primer lugar, el médico. Si por razones personales, más o menos conscientes, tiene dificultad en esta comunicación, puede delegar la responsabilidad. Lentamente se va abriendo camino en los hospitales la idea de que, además de los aspectos técnicos, es conveniente un trabajo en equipo para tratar aspectos más humanos y que hay que contar con personas especializadas, como puede ser un equipo de pastoral sanitaria. Además del quién es importante, el cómo y cuándo de la comunicación de un pronóstico fatal al paciente. Se ha de tener en cuenta la capacidad del paciente para conocer la verdad y asimilarla; sus miedos y esperanzas. La información ha de ser oportuna y a menudo gradual. Jamás hay que cerrar la puerta a la esperanza ni añadir sufrimientos adicionales con términos que están cargados de connotaciones negativas (la palabra *cáncer*, por ejemplo) que van más allá de su significado para incluir representaciones desesperanzadas. Jamás hay que *predecir* tiempo, día u hora en que la muerte puede ocurrir. Hay que tener muy en cuenta que una información técnicamente correcta puede resultar devastadora para un paciente. No quiero resistirme a la tentación de publicar las normas que un gran internista amigo y gran humanista considera esenciales en la comunicación de un mal pronóstico de una enfermedad¹³:

1. El derecho del enfermo a conocer la verdad en lo referente a sí mismo deriva de la misma dignidad humana. La información oportuna ha de ser por lo tanto una de las etapas habituales de todo acto médico. Es sugerente revisar la práctica hospitalaria cotidiana a la luz de este principio.
2. Es dudoso que el enfermo tenga asimismo el derecho a la ocultación o al engaño: sería el derecho a no ser o no querer ser responsable. Pero lo tiene en todo caso de ser aceptado tal como es, por ejemplo, débil y miedoso, y además ser ayudado a superarse. La información no debe llegar si es posible a lo insostenible, aunque no ha de confundirse lo insostenible para el enfermo con lo incómodo para el médico.
3. El médico ha de estar siempre dispuesto a afrontar sin subterfugios las preguntas acerca del mal pronóstico, y su disposición, aún implícita, debe ser perceptible. La negativa o el escabullirse complican la situación, crean suspicacias y pueden iniciar una conspiración del silencio que luego será difícil de superar.
4. Conviene discernir siempre cuál es la demanda real de información a satisfacer. Por ejemplo, detrás de unas palabras que piden toda la verdad y de una mirada que a la vez suplica buenas noticias, aunque sean falsas, quizá lo que se esconde es una demanda de protección, de ser librado, más que de la muerte, del miedo, del sufrimiento y de la soledad.
5. El verdadero problema de la comunicación del mal pronóstico es el conseguir que sea aceptado positivamente. En general, la información puede y debe ser gradual, de manera que su comprensión profundice a la vez que va madurando la actitud del enfermo. Las referencias han de ser más a un proceso, cuyas etapas nunca están completamente predeterminadas, que no a palabras paralizantes, a desmitificar o incluso a evitar. No es lo mismo, por ejemplo, re-

10. ROY, DAVID, J.: *L'éthique face à la mort*. Prière et Pasteur, 86, 1983, pp. 10, 585-591.

11. VOGELER, HERBERT: *El cristiano ante la muerte*. Herder, 1981, pág. 84.

12. CUYAS, MANUEL: Comunicación personal.

13. GEL, JORDI: Comunicación personal.

ferirse sin más a un cáncer que a un tumor transitoriamente o incluso a veces definitivamente controlable.

6. No hay que rechazar nunca la idea de la muerte, y nunca hay que destruir la esperanza, aunque resulte arduo compatibilizar ambas vivencias. La muerte no es patrimonio específico del paciente terminal, sino común a todo ser humano. Relativizadora de los problemas de la vida, tendría que ser relativizada a su vez, y para ello uno de los mejores recursos es situar la vida individual en un marco de objetivos transpersonales más amplio. Por lo menos podremos separar las ideas de muerte y de sufrimiento. El cometido de infundir esperanza es, desde luego, propio de cuidadores esperanzados.

Derecho a rehusar tratamiento

El derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana exige también respetar los deseos del paciente de no someterse a determinados tratamientos. Este derecho no equivale al derecho a atender contra la propia vida con la asistencia del médico, ni a una arbitrariedad subjetiva ni a convertir a los médicos en autómatas a las órdenes del paciente. La indicación o no de un determinado tratamiento es algo fundado en determinaciones médicas objetivas, para las cuales solamente los médicos están capacitados y son los únicos que tienen la posibilidad de establecer un pronóstico. El derecho del paciente queda restringido a rehusar el tratamiento cuando una determinada terapéutica o intervención puede reducir la calidad de vida del paciente a un grado incompatible con su dignidad. Existen en la práctica, sin embargo, situaciones difíciles que requieren un diálogo sereno y abierto. Podemos imaginar el caso de un paciente que trasladado a una unidad de cuidados intensivos, inconsciente por un infarto o una hemorragia cerebral, decida una vez recuperado el conocimiento que no se siga la recuperación; o el caso en que entren en conflicto distintas concepciones de vida entre el equipo que cuida a un paciente y lo que él considera una buena calidad de vida. Nada digamos del problema que presentan los pacientes que por sus creencias no aceptan las transfusiones de sangre. Muchos son los aspectos a tener en cuenta en la resolución de casos concretos, más propios de un análisis de ética médica que de los objetivos de este trabajo. De todas maneras indicaré a modo de pistas algunos principios que considero importantes para la resolución de casos en los que puede existir un conflicto de valores entre pacientes y médicos:

1. Todo paciente tiene el derecho de rehusar tratamiento, si tiene una base razonable para ello y con su decisión no lesiona a terceros. Habrá que distinguir entre incompetencia y decisión irrazonable.
2. Ante todo paciente que ingrese inconsciente en un hospital corresponde a los médicos actuar según los principios reconocidos como correctos y adecuados para el bien del paciente. En las decisiones que no sean meramente técnicas y puedan comprometer valores del paciente deberá consultar. En caso de pacientes menores o incompetentes deberá consultar con la persona a quien la costumbre o la ley otorgue prácticamente la tutoría. En los otros casos, con quien pueda tomar decisiones en nombre del paciente, a modo de fiduciario, es decir, quien seguro mira primariamente por el bien del enfermo.
3. Excepto en los casos de urgencia o de fuerza mayor, el médico puede negarse a prestar asistencia por motivos personales, o también seguir manteniéndola cuando esté convencido de que no existen las relaciones de confianza indispensables entre él y su paciente —y, a fortiori, de conciencia—, con la condición de que previamente le haya advertido y siempre que se asegure la continuación de la asistencia; a tal fin facilitará a quien la continúe los datos precisos sobre el caso, siempre que el paciente no se oponga a ello¹⁴.

Corresponde a la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe el mérito de haber conseguido una de las más claras formulaciones sobre los derechos y deberes de los cristianos ante la aceptación o rechazo de medidas terapéuticas en función de la dignidad de la persona humana. En el Documento sobre la Eutanasia, fechado el

5 de mayo de 1980, y en el apartado IV, sobre el uso proporcionado de los medios terapéuticos, se dan importantes normas; transcribimos los siguientes párrafos:

1. En cada caso se podrán valorar bien los medios —proporcionados o desproporcionados— poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.
2. A falta de otros medios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá así dar ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad.
3. Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; éstos podrán, sin duda, juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.
4. Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque esté ya en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o a la colectividad.
5. Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por eso el médico no tiene motivo de angustia como si no hubiera prestado atención a una persona en peligro.

Derecho a expresar la fe, libre de toda coacción

La Declaración *Dignitatis Humanae*, del Concilio Vaticano II, sobre la libertad religiosa, declara que «la persona humana tiene derecho a la libertad religiosa. Esta libertad consiste en que todos los hombres deben estar inmanes a coacción, tanto por parte de personas particulares como de grupos sociales y de cualquier potestad humana, y ello de tal manera que en materia religiosa ni se obligue a nadie a obrar contra su conciencia ni se le impida que actúe conforme a ella en privado y en público, solo o asociado con otros, dentro de los límites debidos» (D.H.2). Este derecho está reconocido por la Constitución española en el artículo 16. «Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades, sin más limitación en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley». También distintas cartas de derechos de los pacientes reclaman este derecho de las instituciones hospitalarias: «Todo enfermo tiene derecho a que se le facilite asistencia religiosa y a la inmunidad de coacción externa»¹⁵.

Si bien el marco jurídico parece perfecto, la distancia que hay entre los principios y la protección de este derecho en los hospitales es tan grande, que ello solo merece un artículo aparte que reservamos para mejor ocasión. Diremos solamente que en España, en estos momentos, a nivel de las instituciones hospitalarias se está bastante más sensibilizado en el aspecto de evitar toda coacción a los pacientes que en el de proteger el derecho a la existencia religiosa. Es de esperar que este derecho fundamental pueda encontrar en los diálogos de la Iglesia con el Estado español los cauces para su más adecuada protección en los enfermos hospitalizados.

14. Normas de Deontología. Colegio de Médicos de Barcelona, art. 18. Hemos incluido el inciso —y a fortiori—.

15. Cartas y Deberes de los Usuarios de la Unión Catalano-Balear de Hospitales.

Por otra parte es de desear que, a niveles eclesiales, exista una adecuada preparación de personas y equipos de pastoral sanitaria que logren evitar tanto el proselitismo como la falta de celo apostólico. Y la comunidad creyente debería sentirse más comprometida a niveles parroquiales, cuando uno de sus miembros está muriendo en un hospital, que lo que acostumbra a estarlo en la actualidad.

Derecho a mantener la conciencia lo más cerca posible de la frontera de la muerte

Combatir el dolor es deber fundamental del médico. Ha de combatirlo de tal modo que logre mantener al máximo la serenidad de espíritu del paciente que maximizando su ámbito de libertad llegue lo más cerca posible de la frontera de la muerte con conciencia. A este respecto la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe en el Documento citado anteriormente defiende este postulado de libertad cuando dice: «la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar y suprimir el dolor, aunque de ello se deriven, como efectos secundarios, entorpecimiento o menor lucidez. En cuanto a las personas que no están en condiciones de expresarse, se podrá razonablemente presumir que desean tomar tales calmantes y suministrárselos según los consejos del médico». Hemos de aceptar, sin embargo, que puede haber pacientes que logran integrar bien el sufrimiento y perciben un significado particular en el dolor experimentado los últimos momentos de la vida que les permite asociarse a los sufrimientos de Cristo crucificado. En estos casos, si un paciente quisiera moderar el uso de analgésicos, el médico ha de atender esta petición atendiendo a los inconvenientes que pueden derivarse para el

paciente y que quizá ignora; al curso mismo de la enfermedad y la prudencia de esta medida y, finalmente, lo más importante: ha de ver si la renuncia a calmar el dolor ayuda o no a una expansión real de la persona del paciente con un acrecentamiento de su libertad. No hay duda alguna de que si la enfermedad y el sufrimiento tienen un sentido, los encontramos en la cruz de Cristo.

Cuando el alivio de los dolores puede privar al paciente moribundo de la conciencia, los motivos para usar narcóticos u otros agentes han de ser graves y no podrían utilizarse si el tipo o intensidad del dolor puede reducirse con otros medios que permitieran al paciente un espacio de libertad mayor que el conseguido con los primeros.

No estará por demás recordar en este punto la licitud del uso de drogas que para mitigar el dolor son necesarias, su uso justificado, aunque aceleren una muerte no pretendida directamente.

* * *

Quisiéramos al llegar a este punto hacer constar que el estudio de lo que representa la definitividad de la muerte y el morir con dignidad resulta necesariamente incompleto dadas las pretensiones de este análisis, que intenta una introducción al tema. Algunos problemas como el *derecho a la intimidad*, como esfera particular en que uno mismo se despliega ante sí, se reconoce y afirma, y el secreto profesional que tutela el mutuo respeto médico-paciente, necesario para tutelar aquella intimidad y abrir camino a la confianza, escapan a nuestras posibilidades de espacio, aunque sean de vital importancia.

LH

II-5

LA LIBERTAD DEL ENFERMO DESDE EL PUNTO DE VISTA TEOLÓGICO*

Karl Rahner, S.J.

ESENCIA DE LA LIBERTAD

Rahner analiza la libertad del paciente enfrentado a la muerte. La libertad, en sentido teológico, la define como posibilidad de la autodisposición total y definitiva del sujeto sobre sí mismo y su propia vida como unidad y totalidad, y la muerte amenazante como situación privilegiada de la libertad. De aquí deduce derechos y obligaciones de tipo religioso y otras de distinta naturaleza, como el derecho a la libre elección de médico.

Dado que el magisterio de la Iglesia no se ha aproximado suficientemente al tema de la libertad del enfermo en cuanto tal, al teólogo no le queda otro remedio que adentrarse en él por su propia cuenta y riesgo, usando los datos y los métodos de la teología. Al tratar este tema nos limitaremos a las enfermedades que objetiva y subjetivamente enfrentan al enfermo con la inminencia de la muerte.

En el primer párrafo haremos algunas consideraciones sobre la esencia teológica de la libertad, distinguiéndola de la mera libertad de elección psicológica, así como de la responsabilidad a efectos civiles o jurídicos. En el segundo nos ocuparemos de la libertad del enfermo en sí mismo, para terminar con las exigencias que esa libertad del enfermo plantea al médico.

* *Selecciones de Teología* 1976; 15: 329-333

Cuando se habla de libertad, normalmente se entiende, sociológicamente, como libertad de elección humana en cada decisión concreta. Sin embargo, el concepto teológico va más allá. Es «teológico» en cuanto que afirma que la auténtica libertad de elección, cuando acontece desde una radical responsabilidad, incluye siempre una referencia consciente a Dios, aun cuando muchas veces no sea temática ni refleja y aunque se pueda dar en forma de aceptación o de rechazo.

Por eso la libertad en sentido teológico no es la mera posibilidad de decidirse por una cosa o por otra, sino más bien la posibilidad de la disposición total y definitiva que el sujeto libre hace de sí mismo y de su vida. Se refiere pues al propio sujeto en cuanto es objeto para sí mismo, en cuanto que con ese acto libre la vida en su globalidad adquiere ante Dios, su carácter definitivo e irrevocable.

Hemos de profundizar ahora en los dos problemas que de las anteriores sugerencias se desprenden:

1. La relación entre libertad en sentido teológico y cada uno de sus concretos objetos empíricos.
2. La relación entre libertad y tiempo.

LA LIBERTAD Y SUS OBJETOS

Desde luego la realización de la libertad humana en cuanto autodeterminación del sujeto entero viene necesariamente mediatizada por

Por otra parte es de desear que, a niveles eclesiales, exista una adecuada preparación de personas y equipos de pastoral sanitaria que logren evitar tanto el proselitismo como la falta de celo apostólico. Y la comunidad creyente debería sentirse más comprometida a niveles parroquiales, cuando uno de sus miembros está muriendo en un hospital, que lo que acostumbra a estarlo en la actualidad.

Derecho a mantener la conciencia lo más cerca posible de la frontera de la muerte

Combatir el dolor es deber fundamental del médico. Ha de combatirlo de tal modo que logre mantener al máximo la serenidad de espíritu del paciente que maximizando su ámbito de libertad llegue lo más cerca posible de la frontera de la muerte con conciencia. A este respecto la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe en el Documento citado anteriormente defiende este postulado de libertad cuando dice: «la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar y suprimir el dolor, aunque de ello se deriven, como efectos secundarios, entorpecimiento o menor lucidez. En cuanto a las personas que no están en condiciones de expresarse, se podrá razonablemente presumir que desean tomar tales calmantes y suministrárselos según los consejos del médico». Hemos de aceptar, sin embargo, que puede haber pacientes que logran integrar bien el sufrimiento y perciben un significado particular en el dolor experimentado los últimos momentos de la vida que les permite asociarse a los sufrimientos de Cristo crucificado. En estos casos, si un paciente quisiera moderar el uso de analgésicos, el médico ha de atender esta petición atendiendo a los inconvenientes que pueden derivarse para el

paciente y que quizá ignora; al curso mismo de la enfermedad y la prudencia de esta medida y, finalmente, lo más importante: ha de ver si la renuncia a calmar el dolor ayuda o no a una expansión real de la persona del paciente con un acrecentamiento de su libertad. No hay duda alguna de que si la enfermedad y el sufrimiento tienen un sentido, los encontramos en la cruz de Cristo.

Cuando el alivio de los dolores puede privar al paciente moribundo de la conciencia, los motivos para usar narcóticos u otros agentes han de ser graves y no podrían utilizarse si el tipo o intensidad del dolor puede reducirse con otros medios que permitieran al paciente un espacio de libertad mayor que el conseguido con los primeros.

No estará por demás recordar en este punto la licitud del uso de drogas que para mitigar el dolor son necesarias, su uso justificado, aunque aceleren una muerte no pretendida directamente.

* * *

Quisiéramos al llegar a este punto hacer constar que el estudio de lo que representa la definitividad de la muerte y el morir con dignidad resulta necesariamente incompleto dadas las pretensiones de este análisis, que intenta una introducción al tema. Algunos problemas como el *derecho a la intimidad*, como esfera particular en que uno mismo se despliega ante sí, se reconoce y afirma, y el secreto profesional que tutela el mutuo respeto médico-paciente, necesario para tutelar aquella intimidad y abrir camino a la confianza, escapan a nuestras posibilidades de espacio, aunque sean de vital importancia.

LH

II-5

LA LIBERTAD DEL ENFERMO DESDE EL PUNTO DE VISTA TEOLÓGICO*

Karl Rahner, S.J.

ESENCIA DE LA LIBERTAD

Rahner analiza la libertad del paciente enfrentado a la muerte. La libertad, en sentido teológico, la define como posibilidad de la autodisposición total y definitiva del sujeto sobre sí mismo y su propia vida como unidad y totalidad, y la muerte amenazante como situación privilegiada de la libertad. De aquí deduce derechos y obligaciones de tipo religioso y otras de distinta naturaleza, como el derecho a la libre elección de médico.

Dado que el magisterio de la Iglesia no se ha aproximado suficientemente al tema de la libertad del enfermo en cuanto tal, al teólogo no le queda otro remedio que adentrarse en él por su propia cuenta y riesgo, usando los datos y los métodos de la teología. Al tratar este tema nos limitaremos a las enfermedades que objetiva y subjetivamente enfrentan al enfermo con la inminencia de la muerte.

En el primer párrafo haremos algunas consideraciones sobre la esencia teológica de la libertad, distinguiéndola de la mera libertad de elección psicológica, así como de la responsabilidad a efectos civiles o jurídicos. En el segundo nos ocuparemos de la libertad del enfermo en sí mismo, para terminar con las exigencias que esa libertad del enfermo plantea al médico.

Cuando se habla de libertad, normalmente se entiende, sociológicamente, como libertad de elección humana en cada decisión concreta. Sin embargo, el concepto teológico va más allá. Es «teológico» en cuanto que afirma que la auténtica libertad de elección, cuando acontece desde una radical responsabilidad, incluye siempre una referencia consciente a Dios, aun cuando muchas veces no sea temática ni refleja y aunque se pueda dar en forma de aceptación o de rechazo.

Por eso la libertad en sentido teológico no es la mera posibilidad de decidirse por una cosa o por otra, sino más bien la posibilidad de la disposición total y definitiva que el sujeto libre hace de sí mismo y de su vida. Se refiere pues al propio sujeto en cuanto es objeto para sí mismo, en cuanto que con ese acto libre la vida en su globalidad adquiere ante Dios, su carácter definitivo e irrevocable.

Hemos de profundizar ahora en los dos problemas que de las anteriores sugerencias se desprenden:

1. La relación entre libertad en sentido teológico y cada uno de sus concretos objetos empíricos.
2. La relación entre libertad y tiempo.

LA LIBERTAD Y SUS OBJETOS

Desde luego la realización de la libertad humana en cuanto autodeterminación del sujeto entero viene necesariamente mediatizada por

* *Selecciones de Teología* 1976; 15: 329-333

el objeto concreto espacio-temporal e histórico al que la libertad hace referencia en su elección. Sin embargo, ese objeto indispensable para el acto de libertad no supone de por sí un dato seguro e inequívoco sobre la calidad salvífica de la autorrealización del sujeto: es muy posible que el sujeto se oriente hacia Dios, al menos de forma atemática, al abandonarse esperanzadamente al misterio de su existencia, pese a que el objeto con el que sucede una tal autodisposición salvadora, no sólo es de por sí insignificante y limitado, sino incluso inconveniente de acuerdo con las normas intramundanas. De aquí la posibilidad básica de que se pueda realizar una libertad personal incluso cuando el material de decisión presentado al sujeto libre no encaja ya en el contexto *normal* de una vida humana y de las estructuras y normas sociales, siendo por tanto ese sujeto irresponsable a efectos civiles y jurídicos. Es perfectamente pensable que llegue a darse una autodisposición personal y libre del sujeto, por intermedio de un material mucho más reducido del que normalmente exigimos en la vida social para reconocer la responsabilidad de esa persona. Es muy posible que un determinado material ofrecido a la decisión de un sujeto y de por sí captado conceptualmente, dada la concreta estructuración de ese sujeto, no se puede considerar en absoluto como material para su auténtica autorrealización.

LIBERTAD Y TIEMPO

Desde el concepto teológico de libertad como autodisposición personal el sujeto, que engloba la totalidad de su vida terrena de cara a su estado definitivo, resulta insuficiente la idea habitual con que trabaja la pastoral cristiana, de que el destino definitivo del hombre se decide en el último (en sentido temporal) acto de libertad de su historia, un acto aislado en el tiempo y que por sí solo asume la totalidad de la vida anterior. Por otro lado, tampoco se puede imaginar la opción fundamental del hombre como si acabase al margen del tiempo y de la historia y sólo se revelase desde ese punto metahistórico en la dispersión temporal de los aspectos humanos concretos. También los actos de libertad en los que el sujeto dispone de sí mismo y de su vida entera, han de suceder en el seno de la historia, han de tener una ubicación espacio-temporal; en caso contrario la historia, y sobre todo la historia de la salvación, se volverían mera apariencia en la que se proyectaría una libertad supratemporal. Pero la misma inadecuación antes mencionada entre el material que sirve de mediación a la libertad y el propio acto originario de libertad en cuanto autodisposición del sujeto, impide localizar de modo inequívoco ese acto de libertad en la vida de un hombre; ni siquiera se puede afirmar que la opción fundamental sólo pueda realizarse una vez, es decir, que no pueda ser revocada por otra posterior de similar radicalidad existencial. Ciertamente que la propia esencia de la libertad humana no tolera una arbitraria revocabilidad de sus decisiones, sino que implica la pretensión de un carácter definitivo. Pero en cuanto finita y mediatizada por sus objetos, la libertad sigue estando expuesta al tiempo aún por transcurrir, llegando a la consumación de su esencia sólo cuando el tiempo cesa por un suceso que no está en manos de la libertad imponer, aunque sí exponerse a él.

LA LIBERTAD DEL ENFERMO ANTE LA MUERTE

La situación de muerte inminente constituye de por sí un campo destacado para la libertad. Con la muerte concluye el ámbito de la autodisposición del sujeto, abocada ya a su estado definitivo. En todo caso, el sujeto libre no está seguro de haber hecho durante su vida una opción fundamental tan radical, que a la hora de la enfermedad y de la muerte no corra peligro de quedar trastocada de nuevo. La situación de muerte inminente representa pues un radical desafío a la libertad para, con el *material* de la muerte en su impotencia y soledad, decidirse de modo definitivo por Dios, aceptando con serenidad y esperanza esa *desesperanzada* situación de impotencia radical y de verse engullido en la inaprehensibilidad de eso que llamamos Dios.

Por todo ello el hombre debería morir lo más *consciente* posible. No sólo ha de padecer la muerte, sino también la ha de hacer con libertad. De aquí su derecho a saber qué va a morir y cuándo. Si para

ello es necesario que alguien de su entorno se lo comunique, no se le debe negar esa noticia; si se hace correctamente, no tiene por qué aterrorizar al moribundo, sino suscitar en él un suave y tranquilo conocimiento de la situación. Salvo en casos de muerte muy repentina, los moribundos tienen ya ese conocimiento, aunque logren reprimirlo durante un tiempo.

El que la muerte constituya un campo destacado para la libertad en sentido teológico, implica el derecho, e incluso el deber, de la persona a modelar esta situación en orden a preservar las máximas posibilidades de libertad en sentido empírico. Un tratamiento sedativo que no simplemente sumerja al enfermo en la inconsciencia, sino que le permita una serenidad de espíritu mayor que estando abrumado por los dolores, supone, además de una necesidad vital, también un postulado de la libertad en sentido teológico, que con razón trata de conseguir el ámbito de libertad mayor posible, alcanzando incluso las fronteras de la muerte. Con ello no se dice nada sobre la cuestión de los sedantes que eliminan prácticamente la conciencia y la responsabilidad del enfermo. En nuestro contexto, nos limitaremos a apuntar que no deben omitirse en el caso de que un tal tratamiento no suponga matar directamente al paciente y de que la agudeza de los dolores impida de todos modos un mayor ámbito de libertad.

FORMA DE MORIR

La conciencia de situación excepcional para la libertad ha dado lugar, a lo largo de la historia del cristianismo, a diversos *estilos de morir*. No se trata tan sólo de los *últimos sacramentos*, sino del ritual socio-religioso que se llevaba a cabo. El moribundo congregaba en torno suyo a sus allegados, les bendecía por última vez, declaraba su voluntad postrera, encaraba su fe y esperanza en la misericordia divina, etc. Todo ello puede tener sentido como expresión de la tarea de morir en la libertad de una persona, pero procede de unos condicionamientos históricos que no tienen por qué ser permanentes. Por otro lado, no se puede decir tampoco que la realización suprema de la libertad humana abocada ya a su estado definitivo, la *muerte* en cuanto acto global de la libertad, suceda siempre en las cercanías de la *muerte clínica*. Muchas veces la estructura psíquica del moribundo no deja entrever posibilidad alguna de un acto personal radical por el que disponga libremente de sí y de su vida; no hay razón teológica sería para postular lo contrario. Ese acto de autodisposición total de la persona libre, puede ocurrir en un *adulto* mucho antes, pudiendo muy bien ser el *último* por razones internas o externas, pese a suceder tiempo antes de la muerte clínica. La muerte clínica y la muerte como acto de la libertad no tienen por qué coincidir puntualmente.

Todo ello trae consecuencias para quienes están llamados a ayudar al enfermo en orden a una muerte religiosa explícita (que en ocasiones no será sólo deber del sacerdote, sino también de cuidadores y médicos). Con el don del discernimiento de espíritus, deben tratar de ayudar al moribundo a lograr la actitud que precisamente le sea posible a esa persona, dada la historia de su vida y sus conocimientos y aptitudes religiosas. No se trata por eso de aprovechar la debilidad para imponerle una muerte religiosa, que existencialmente es incapaz de verificar y por tanto no le supone tampoco nada para su salvación eterna. Cuando un hombre no está en situación de llevar a cabo una aceptación religiosa expresa de la muerte, un acto salvador de libertad, la cuestión de su salvación permanece abierta y ningún acompañante puede dictaminarla. Puede que en ese moribundo la hora decisiva de la salvación sonase mucho antes, en mitad de su vida, incluso al hilo de una material de libertad que no fuese explícitamente religiosa.

En caso de ser posible y admitida esa ayuda religiosa expresa, lo que importa incluso entre los católicos es sobre todo que el moribundo alcance una actitud existencial religiosa, y sólo en segundo término que reciba los *últimos sacramentos*. De ordinario, en un católico ferviente ambas cosas coincidirían, pero no en personas que hasta entonces carecían de una praxis religiosa explícita. A éstas será posible en ocasiones ayudarles a adoptar en libertad una actitud interna correcta ante la muerte, pero no una expresión sacramental que les supere. Ello no quiere decir naturalmente que los acom-

pañantes del enfermo queden ya dispensados de toda ayuda religiosa cuando éste no está capacitado para los sacramentos o los rechaza. Desde luego, del acto de la libertad al morir forma parte de su yo el arrepentimiento explícito por los pecados de la vida pasada, cuando esa conciencia de culpa sea viva o revitalizable. Pero el acto de asumir en esperanza la propia situación puede significar implícitamente arrepentimiento y ser más accesible a la persona que la referencia explícita a sucesos pasados, a los que ya no encuentra relación.

LA LIBERTAD DEL ENFERMO FRENTE AL MÉDICO

Un punto esencial en que se expresa la libertad del enfermo es la libre elección del médico. Si la enfermedad fuese un acontecimiento meramente biológico, aún podría discutirse si el enfermo tiene derecho a elegir su médico o el Estado le puede prescribir un funcionario de Sanidad, lo mismo que en otros terrenos le fija también el funcionario encargado. Pero es que una enfermedad grave significa una situación única y peculiar para el sujeto libre. Para realizar su libertad, el hombre precisa de un espacio libre lo más amplio posible; por eso uno de los objetos irrenunciables de su libertad es la libre elección del médico. Ciertamente que esto se queda muchas veces en un pálido ideal, que razones socioeconómicas vuelven a menudo ilusorio. Pero entonces hay que cambiar esas circunstancias sociales y económicas, para posibilitar al máximo esa libre elección. Desde luego es un derecho que no se puede considerar aislado, sino que hay que compaginarlo con otros derechos y bienes humanos. Pero hay que preguntarse si la posibilidad de ejercerlo no queda restringida por los honorarios excesivos de los médicos, sometidos lo mismo que cualquier mercancía a la libre competencia del mercado.

Otro elemento de la libertad del enfermo frente al médico es también el derecho a morir. El enfermo no es un mero objeto del médico, cuyo único y exclusivo propósito pudiera ser conservar el mayor tiempo posible la vida biológica del enfermo, prescindiendo de todo otro punto de vista. Existen también otros valores y objetivos, por los cuales un enfermo (o dado el caso sus allegados más próximos, llamados también a mantener sus derechos) puede desear libremente no verse impedido de morir. Desde luego es concepción cristiana común que no es moralmente legítima una acción que pretenda directamente la muerte del enfermo. Pero eso, según la teología moral católica, no significa que exista el deber positivo de utilizar cualquier medio imaginable o posible para prolongar la vida biológica. Es también opinión usual de la moral católica que es lícito emplear medios para un fin adecuado, por ejemplo mitigar el dolor, aun cuando como efecto secundario, no deseado, pero sí sabido y permitido, tales medios abrevien la vida del enfermo; por lo demás, es habitual en la vida humana aceptar un daño puramente biológico, si con ello se pueden lograr valores superiores.

Este tipo de reglas concretas que distinguen un legítimo *dejar morir* y un *matar* directamente, presenta oscuridades teóricas y también

dificultades prácticas de aplicación. Pero el problema está ahí, y mientras no se logre una mayor clarificación habrá que trabajar con tales normas para encontrar una vía intermedia entre la eutanasia como muerte directamente pretendida del enfermo, por un lado, y, por otro, la intención absoluta e incondicional de mantener a toda costa la vida biológica, prescindiendo de toda otra consideración.

En este contexto, se plantea la cuestión más específica de si el derecho del enfermo a morir no sólo permite al médico ajustarse a su voluntad, sino incluso le impone el deber estricto de dejarle morir. En la práctica, la voluntad del médico de mantener lo más posible la vida, se impondrá al deseo del paciente de terminar pronto, pues además aquél tiene la impresión de que se trata más bien de un efecto de los dolores y de la enfermedad que de una auténtica opción personal, y además le da reparo apartarse de lo que es su tarea primaria como médico. Pero esto no resuelve el problema: Si la voluntad personal auténtica del enfermo, bien pensado todo, es dejar paso a la muerte pese a que pudiera retardarse, ¿existe por parte del médico un deber moral estricto de ejecutar esa voluntad, puesto que se halla al servicio, no meramente de la fisiología, sino de la persona entera del paciente?

Esta cuestión es oscura, al estar implicada la relación mutua entre los actos morales del médico y los del enfermo. Yo más bien pienso que sí existe ese deber por parte del médico. Sólo así puede evitarse prolongaciones inhumanas e indignas de la vida; y un médico, que perciba ese deber, pasará más fácilmente por encima de su comprensible reparo a dejar morir a una persona, cuya vida hubiese podido prolongar un tiempo más. Pero en estas cuestiones la moral cristiana no logra ya formular reglas que sean inequívocas, de inmediata aplicación y evidentes para todos.

RESUMEN

La libertad es un misterio. Por su esencia fundamental es la necesidad impuesta al hombre de decidirse libremente en pro o en contra de lo que es inaprehensible, que llamamos Dios. Es la posibilidad de lanzarse con absoluta confianza y esperanza al seno de inaprehensible, que es el fin, la felicidad y la culminación de hombre. Esta potencia suprema de la libertad culmina en la impotencia de la muerte. En este acontecimiento de libertad y muerte está implicado el médico. Su cometido propio, el específico suyo a diferencia de otras acciones humanas, sólo lo llevará realmente a cabo el médico si es más que facultativo, si en el cumplimiento de esa su tarea médica es realmente hombre e incluso cristiano (anónimo o explícito). De aquí que no pueda ser indiferente la libertad del enfermo, que en la muerte llega a su límite y a su culminación. Él lucha también por el ámbito y el derecho precisamente de esa libertad última. Él, y no sólo el enfermo, han de entregarse en esperanza serena y callada al misterio de la muerte, una vez que han luchado hasta lo último por esta vida terrena. El médico es un servidor de la libertad.

Tradujo y extractó:
ÁLVARO ALEMANY

III.

Legislación sobre Eutanasia y Suicidio Asistido



INFORME FINAL DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS PAÍSES BAJOS SOBRE LA EUTANASIA*

Holanda es el país cuya legislación sobre la eutanasia ha sido más comentada en nuestros medios de difusión. Presentamos el artículo de la ley y las enmiendas propuestas que en su día no fueron aceptadas, pero afectaron a la jurisprudencia.

INTRODUCCIÓN

La Comisión Estatal sobre la Eutanasia fue constituida en los Países Bajos en 1982, a instancias del entonces Ministro de Sanidad y Protección del Medio Ambiente y del Ministro de Justicia en orden a asesorar la futura política gubernamental sobre la eutanasia y auxilio al suicidio con particular referencia a la legislación y aplicación de la Ley.

Las recomendaciones de la Comisión Estatal se incluyen en su informe final, el cual, junto con un informe de la minoría, fue sometido el 19 de agosto de 1985 al Ministro de Bienestar Social, Sanidad y Cultura (anteriormente Ministro de Sanidad y Protección del Medio Ambiente) y al Ministro de Justicia.

El informe final de la Comisión Estatal sobre eutanasia consta de:

1.ª parte: Recomendaciones.

- Capítulo 1. Introducción.
- Capítulo 2. Métodos de trabajo.
- Capítulo 3. Recomendaciones en relación a los artículos 293 y 294 del Código Penal.
- Capítulo 4. Trámites en relación a los preparativos del funeral.
- Capítulo 5. Categorías especiales de pacientes.
- Capítulo 6. Terceras partes intervinientes.
- Capítulo 7. Preparación y dispensa de drogas destinadas a terminar la vida.
- Resumen.
- Apéndices.
- Informe de la minoría, con apéndice.

2.ª parte: Informe legal comparativo.

3.ª parte: Audiencia preliminar «hearings».

La versión holandesa del informe final está disponible en la Oficina de Imprenta del Gobierno, La Haya, Países Bajos (teléfono: 070.789911).

ANTECEDENTES

El 29 de enero de 1976, la Asamblea Consultiva del Consejo de Europa adoptó la recomendación número 779 sobre los derechos del enfermo y del moribundo.

La parte II de la recomendación señala:

«establecer comisiones nacionales de investigación, compuestas de representantes de todos los niveles de la profesión médica, abogados, moralistas, psicólogos y sociólogos; establecer normas morales para el tratamiento de las personas que se acercan a la muerte y determinar los principios médicos orientativos en la aplicación de medidas extraordinarias para prolongar la vida, considerando por eso y entre otras, la situación que puede plantearse a los miembros de la profesión médica, tal como las sanciones legales, tanto civiles como penales, en aquellos supuestos en que se han abstenido de llevar a cabo medidas artificiales para prolongar el proceso de muerte en los casos de pacientes terminales cuyas vidas no pueden salvarse con la medicina actual o en aquellos otros supuestos en que han tomado medidas positivas cuya intención inicial era aliviar el sufrimiento de estos pacientes y que pudieran tener efectos secundarios en el proceso de muerte; y examinar la cuestión de las declaraciones escritas efectuadas por personas legalmente capaces, autorizando al médico de abstenerse de tomar medidas conducentes a prolongar la vida, especialmente en el caso del cese irreversible de la función cerebral.»

Durante el debate de Presupuesto de Sanidad de 1979 en la Cámara Baja de la Asamblea General a finales de 1978 se prestó atención a la recomendación del Consejo de Europa. Poco después el gobierno fue preguntado por escrito si estaba preparado para hacer efectiva la parte II de la recomendación número 779. El entonces Ministro de Sanidad y Protección del Medio Ambiente, Sr. Veder-Smit, contestó afirmativamente, solicitando posteriormente al Consejo de Sanidad la elaboración de un informe orientativo sobre la eutanasia.

En 1980 fue nombrado un Comité de Sanidad encargado de redactar un informe orientativo, bajo la presidencia del profesor A. D. Belinfante. En su informe, presentado en 1982, el Comité adelantó un número de premisas y principios básicos dirigidos a permitir que una nueva Comisión Estatal hiciera recomendaciones más concretas sobre el tema de la eutanasia.

* Resumen (Informe original en holandés). Oficina de Publicaciones del Gobierno. La Haya, 1985.

Con esta premisa el Comité se abstuvo de hacer juicio alguno sobre la permisibilidad de la eutanasia y lo que consideró como cuestión conexas de auxilio al suicidio.

La Comisión Estatal de 15 miembros, presidida por Mr. H. J. M. Jekens, fue con posterioridad nombrada por Real Decreto de 18 de octubre de 1982, a instancias del entonces Ministro de Sanidad y Protección del Medio Ambiente, Sra. M. H. M. F. Gärdeniers-Berendsen, y el Ministro de Justicia, Sr. J. de Ruiter.

MÉTODOS DE TRABAJO

Para preparar su informe, la Comisión Estatal solicitó al Centro de Investigación y Documentación del Ministerio de Justicia que efectuara un estudio comparativo de la legislación, jurisprudencia y doctrina legal referente a la solicitud de poner fin a la vida y a la de asistencia al suicidio. La Comisión Estatal consultó a expertos y doctrina con vistas a recopilar un estudio de los datos disponibles (principalmente cuantitativos) de actividades sobre eutanasia, solicitudes efectuadas y casos actuales de eutanasia y auxilio al suicidio en los Países Bajos en varias situaciones. Posteriormente la Comisión consideró las sugerencias sobre las bases de un memorándum que había elaborado con las premisas básicas y los puntos clave del problema.

RECOMENDACIONES EN RELACIÓN A LOS ARTÍCULOS 293 Y 294 DEL CÓDIGO PENAL

La Comisión Estatal define la eutanasia como la terminación deliberada de la vida por un tercero, y a solicitud de la persona interesada.

La mayoría de la Comisión sostiene la tesis que, en ciertas circunstancias y bajo ciertas condiciones, la eutanasia no debería ser un delito. Estos miembros sostienen unánimemente la opinión que la eutanasia deba ser llevada a cabo exclusivamente por médicos y respaldan las condiciones relativas al cuidadoso proceder médico y controles.

No se alcanzó unanimidad en un punto. La mayoría propuso que la eutanasia debería gozar de inmunidad de procesamiento, siempre que el paciente estuviera en una situación insostenible y sin perspectivas de mejora, a lo cual cuatro miembros añadirían «y al punto en que la muerte inevitablemente se siguiera». Dos miembros no compartieron la opinión del resto de la Comisión, respecto a si la eutanasia debería estar exenta de castigo en ciertas circunstancias y bajo ciertas condiciones y han expresado su opinión en el informe de la minoría.

Por lo que respecta a una solicitud de terminar la vida, la Comisión Estatal sostiene la opinión que una solicitud escrita dirigida a tal fin debe ser considerada como una indicación de los deseos de los pacientes, sujeta a la condición de que tal declaración de intenciones sólo adquiere relevancia una vez que el paciente ya no es capaz de expresar su voluntad. Mientras el paciente sea capaz de ello, sólo debe tomarse en cuenta la expresión verbal y las instrucciones escritas pueden revocarse o enmendarse en cualquier momento.

La Comisión Estatal juzga esencial que el Parlamento manifieste su posición en relación a la eutanasia. La Comisión teme que la cuestión pudiera ser politizada, y a tal fin encarece a una libre votación en la que los miembros del Parlamento puedan votar de acuerdo con su conciencia. La Comisión basa este juicio en la existencia de una amplia incertidumbre en torno al ámbito del art. 293 del Código Penal en relación a la eutanasia.

En opinión de la Comisión, el desarrollo de una jurisprudencia significativa tardaría tanto que pasarían años antes de que pudiera aparecer una noción precisa de lo que constituye y no constituye un delito. Ni siquiera proporciona la necesaria claridad y seguridad jurídica el hecho de que la política penal se haya estado debatiendo desde 1982 por la Conferencia de Procuradores Generales.

En lo relativo a la tarea del legislador, la Comisión Estatal advierte que éste debería considerar si, y en su caso, hasta qué punto, suprimir la sanción legal en el tema de la eutanasia sería coherente con el art. 2 de la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, cuyo párrafo prime-

ro, en su primera frase, preceptúa: «La Ley protegerá el derecho de toda persona a la vida».

Partiendo de la formulación de esta obligación en el derecho internacional, la Comisión Estatal ha trabajado bajo la premisa de que los estados miembros de la Convención gozan de un amplio margen de libertad para decidir el modo como la vida debe ser protegida en su sistema legal. No obstante, el Parlamento debe mostrarse cauteloso antes de suprimir las sanciones legales vigentes contra la eutanasia.

Con respecto al auxilio al suicidio prestado por un médico, la mayoría de la Comisión Estatal sostiene que debería dejar de considerarse delictivo en las mismas circunstancias y bajo las mismas condiciones que las referentes a la terminación de la vida a petición. Los firmantes del informe minoritario rechazaron esta propuesta. La Comisión no considera justificada la supresión de sanciones legales en los supuestos de auxilio al suicidio —incluyendo particularmente el suicidio racional— dado que la opinión social y profesional aún no ha cristalizado en estas áreas. Se entiende por suicidio racional la terminación de una vida considerada inaceptable o sin sentido por un individuo que no está mentalmente perturbado y que puede ser juzgado en razón a su estado de salud mental, capaz de valorar satisfactoriamente su situación social y psicológica y las consecuencias del suicidio.

La Comisión propone que el art. 293 del Código Penal sea enmendado en el sentido que el fin intencionado de la vida de otra persona, en respuesta a una solicitud explícita y formal no sea un delito, con tal de que ello fuera llevado a cabo por un médico en el contexto de un procedimiento médico apropiado y en relación a un paciente que se encuentra en una situación insostenible y sin perspectiva de mejora. La Comisión no ha dado más explicaciones acerca del significado de este término, puesto que las situaciones de sufrimiento insoportable que podrían merecer consideración para acabar una vida son demasiado amplias para poder ser integradas en una normativa. Dicha situación insoportable puede ser causada tanto por el sufrimiento físico como mental.

La Comisión Estatal redactó su recomendación en la forma de una propuesta de enmienda del Título XIX del Libro II del Código Penal. La Comisión era de la opinión que una decisión de poner término a una vida debería ser llevada a cabo por un médico y no podía ser delegada por este último a un tercero, como por ejemplo, un familiar o una enfermera. Lo mismo se puede aplicar «mutatis mutandis» al auxilio al suicidio. En su propuesta para reformar la legislación, la Comisión redactó una serie de garantías a las que ajustarse para asegurar el tratamiento médico adecuado. Una de ellas es la necesidad de consultar otro médico designado por el Ministerio de Bienestar, Salud y Asuntos Culturales.

La Comisión Estatal contempló una excepción a su premisa básica de que la eutanasia presupone la solicitud de la persona interesada. Se consideró que el término intencional de la vida de una persona incapaz de expresar su voluntad no constituiría un delito supuesto que fuera llevado a cabo por un médico en el ámbito de un tratamiento médico adecuado y en relación a un paciente que, según los conocimientos médicos actuales, haya perdido irreversiblemente su conciencia y supuesto también que el tratamiento haya sido suspendido por inútil. En el caso de un coma irreversible, donde los criterios médicos objetivos no ofrecen una esperanza de mejoría, la Comisión Estatal sostiene la opinión que el término de la vida por un médico está justificada, pero sólo después de que el tratamiento se haya suspendido por considerarse inútil. Una vez más, la Comisión juzga esencial que otro médico sea consultado.

La Comisión Estatal considera tan importante que otro médico sea consultado, que propone la introducción de una sanción punitiva separada (artículo 293 bis), que cubra aquellos supuestos que el médico responsable omite esta exigencia. Para asegurar la observancia de los trámites propuestos por la comisión Estatal en relación a los preparativos del funeral, la Comisión propone que la omisión deliberada de la obligación de facilitar información, o el suministro de información incorrecta, en los casos en que ha terminado la vida, sea considerado como un delito separado (artículo 293 ter).

En las audiencias preliminares la Comisión Estatal se vio confron-

tada con el hecho de que en la práctica hay una amplia incertidumbre en torno a qué acciones pueden ser constitutivas de eutanasia. Con el deseo de evitar mayor incertidumbre, la Comisión ha resumido varios tipos de acciones en su propuesta de artículo 293 cuarto que, a su juicio, no constituyen la terminación o privación de la vida, como se recoge en el Título XIX del Libro II del Código Penal. Entre los ejemplos se incluye el retirar o suspender a petición del paciente un tratamiento que se considera inútil continuar según la opinión médica prevalente.

CATEGORÍAS ESPECIALES DE PACIENTES

En relación a los menores, la Comisión Estatal sostiene la opinión que terceras partes, tales como padres, personas autorizadas o médicos, no pueden tomar decisiones referentes a la vida de los menores. La decisión de poner término a la vida se reserva exclusivamente a la persona afectada. En los supuestos en que los menores sean capaces de expresar sus opiniones y entender su situación, una solicitud del menor de poner fin a su vida no debería ser desestimada. Los criterios que permiten poner fin a la vida tal como están establecidos en el artículo 293 del Código Penal, se aplicarían con no menor rigor en los casos de una solicitud de un menor. La Comisión estima muy importante que los padres y demás personas con autoridad sobre el menor se sientan implicados en el proceso de toma de la decisión, aunque éstos no deben tener la palabra final.

Dada la especial naturaleza de la solicitud presentada por el menor, la Comisión recomienda que en tales casos sea designado un tutor que vele por el interés del menor.

En los supuestos de otras personas incapaces de expresar su opinión, tales como deficientes mentales o ancianos dementes, la Comisión Estatal sostiene, una vez más, la opinión que terceras partes (ej. tutores) no pueden tomar la decisión de poner término a la vida en lugar de la persona afectada, tal como se recoge en el art. 293 del Código Penal. Si en razón de una grave enfermedad física o mental, o incluso perturbaciones, la decisión de poner término a la vida es tomada sin la solicitud del paciente, se aplicará el propuesto artículo 292, bis, párrafo primero.

Será distinto el caso si el paciente incapaz de expresar adecuadamente su voluntad hubiera previamente dejado una declaración escrita de intenciones solicitando que se pusiera fin a su vida en las circunstancias que él mismo especifica y que constituyen una situación insostenible sin perspectivas de mejora tal y como se recoge en el art. 293, párrafo 2.º

La Comisión Estatal también examinó el caso de los prisioneros, sosteniendo la opinión que la condición de prisionero no proporcionaba razones suficientes para que se otorgase un tratamiento especial a las solicitudes de poner término a la vida. Si en tales casos se suprimieran las sanciones legales, las condiciones establecidas en el art. 293 deberían ser observadas. La Comisión subraya que el médico encargado de ocuparse de una solicitud de poner término a la vida procedente de un prisionero debería decidir si la detención ha influido en la solicitud.

TRÁMITES EN RELACIÓN A LOS PREPARATIVOS DEL FUNERAL

El informe de la Comisión Estatal incluye propuestas en relación a los preparativos del funeral, sobre la base de las enmiendas a la Ley de Entierros e Incineración de Cadáveres, actualmente ante la Cámara Alta de la Asamblea General. La Comisión sostuvo la opinión que semejantes trámites deberían estar ideados de modo que permitiesen un juicio retrospectivo, del modo en cómo la decisión de poner término a la vida fue tomada y llevada a cabo. Como consecuencia de las enmiendas propuestas, la Comisión propuso que el médico responsable debería notificar personalmente al fiscal que ha puesto fin a la vida del paciente o le ha auxiliado al suicidio.

Tal notificación debería acompañarse por un informe del modo en que los criterios especificados en el Código Penal habían sido tenidos en consideración. También el médico responsable debería enviar al fiscal una declaración con las recomendaciones del médico

consultado. En orden a trazar una distinción entre suicidio y asistencia al mismo y eutanasia, por una parte, y los casos de muerte por causas no naturales por otra parte, la Comisión propuso que el médico avisara al Registro de Nacimientos, Muertes y Matrimonios, en todos los supuestos de muerte por causas no naturales, en que un certificado de muerte no hubiera sido redactado. Los preparativos del funeral solamente podrían llevarse a cabo si el Ministerio Fiscal expediera una certificación de no objeción al entierro o incineración. Del mismo modo, la Comisión estatal sostuvo la opinión que el médico debería aludir al hecho que la eutanasia había sido practicada cumpliendo el formulario de causas de muerte.

TERCERAS PARTES INTERVINIENTES

La Comisión ha discutido también la posición de terceras partes, tales como el personal de enfermería, implicadas en llevar a cabo una decisión de acabar una vida. Con respecto al problema de los objetores de conciencia (tema que también se había suscitado en las audiencias), la Comisión considera que nadie debe sentirse obligado a obedecer una solicitud de poner fin a una vida o auxilio al suicidio. A juicio de la Comisión, un médico con objeciones de conciencia debería asegurar que el tratamiento se mantiene y el paciente tiene acceso a información acerca de otras agencias o colegas preparados para prestarle asistencia.

En interés tanto de los pacientes como de las agencias de cuidado de la salud, y personal, la Comisión rogaría franqueza en relación a la buena disposición para llevar a cabo o auxiliar en los casos conducentes a poner fin a la vida.

La premisa sentada por la Comisión de que la supresión de sanciones legales sobre la eutanasia debería únicamente limitarse a los médicos tiene implicaciones en la situación de terceras partes sujetas a la ley penal. La Comisión ha llegado a la conclusión que, en función de las circunstancias del caso en cuestión, los fundamentos para la supresión de sanciones contenidas en los arts. 292 bis y 293 debería aplicarse a terceras partes en la medida que hayan intervenido o auxiliado a la comisión del acto. Resulta obvio que el autor o el auxiliar debería encontrarse en la situación del médico responsable y que los requisitos establecidos en los arts. 292 y 293 deben cumplirse.

PREPARACIÓN Y DISPENSA DE DROGAS DESTINADAS A TERMINAR LA VIDA

El informe de la Comisión examina la preparación y dispensa de drogas destinadas a terminar la vida y la posición de los farmacéuticos y sus auxiliares. En relación con la preparación y el suministro de drogas únicamente destinadas a poner término a la vida que no están cubiertas por la Ley de Medicamentos, la Ley del Opio y disposiciones administrativas derivadas de estas leyes, la Comisión sostiene la opinión que se precisa una regulación especial. Las estipulaciones de la Ley de Medicamentos no pueden ser enmendadas para cubrir drogas de esta naturaleza porque es preciso que la definición del término «medicina» contenido en esta ley sea coherente con la establecida al respecto en la Directiva del Consejo de la Comunidad Europea de 26 de enero de 1965 sobre la modificación de disposiciones estatutarias y administrativas relativas a los preparados farmacéuticos (65/66).

La Comisión Estatal sostiene la opinión que la preparación y dispensa de drogas destinadas a terminar la vida debería confiarse a aquellas personas autorizadas para practicar la farmacología bajo la sección segunda de la Ley del Medicamento, es decir, el farmacéutico, el médico que receta y los ayudantes farmacéuticos. Para prevenir el mal uso, semejantes drogas deberían ser entregadas directamente al médico responsable. La Comisión no considera responsabilidad de los farmacéuticos el determinar en cada caso específico si las condiciones para la terminación de la vida o auxilio de suicidio sin sanción legal se han cumplido. Este punto de vista comporta que un farmacéutico no es en principio responsable penalmente por una decisión llevada a cabo por un médico. Lo mismo cabe decir del auxiliar de farmacia.

La Comisión entiende que los farmacéuticos no están obligados a suministrar drogas para poner fin a una vida. Tanto los farmacéuticos como sus auxiliares pueden negarse a cooperar si la preparación y dispensa de tales drogas les suponen objeciones de conciencia o de otra naturaleza.

APÉNDICE

Párrafo 3.3 de la parte 1.^a

ENMIENDAS PROPUESTAS AL TÍTULO XIX DEL LIBRO 2 DEL CÓDIGO PENAL

Artículo 292 bis. 1. Cualquier persona que intencionadamente pone término a la vida de otra persona por motivos de grave enfermedad física o mental o perturbaciones padecidas por esta otra persona, y este último es incapaz de expresar su voluntad, estará sujeto a un término de prisión no superior a los seis años o a una multa de cuarta categoría.

2. La acción definida en el párrafo primero no será un delito si la terminación de la vida es llevada a cabo por un médico, como parte de un tratamiento médico apropiado, en relación a un paciente que, según la opinión médica dominante, ha perdido irreversiblemente la conciencia y supuesto que el tratamiento haya sido previamente suspendido por inútil.

3. Apropiado tratamiento médico, como el referido en el párrafo segundo, significa que en cualquier caso el médico ha consultado a un experto designado por el Ministro de Bienestar Social, Sanidad y Asuntos Culturales.

Artículo 293. 1. Cualquier persona que intencionadamente pone fin a la vida de otra persona a solicitud expresa y formal de ésta, estará sujeta a un período de prisión no superior a los cuatro años y seis meses o a una multa de cuarta categoría.

2. La acción definida en el párrafo primero no será delito si el término de la vida es llevado a cabo por un médico como parte de un tratamiento adecuado en relación a un paciente en una situación insostenible y sin perspectivas de mejoría.

3. Con respecto a la aplicación del párrafo segundo, se considerará que la eutanasia incluye el suministro de drogas como parte de un adecuado tratamiento médico para posibilitar la comisión de suicidio y el auxilio prestado a este fin.

4. Un tratamiento médico adecuado como el referido en los párrafos 2 y 3 supondrá en todo que:

a) El paciente ha sido informado de sus circunstancias particulares.

b) El médico ha llegado al convencimiento de que el paciente ha tomado la decisión de poner fin a su vida después de una seria reflexión y voluntariamente cumple su decisión.

c) El médico ha decidido que poner fin a una vida en función de sus informes está justificado porque ha llegado a la conclusión con el mismo paciente de que no hay otra solución para la situación insostenible de este último.

d) El médico ha consultado a un experto designado por el Ministro de Bienestar Social, Sanidad y Asuntos Culturales.

5. En relación a un paciente que ha efectuado una solicitud de poner fin a su vida y que es incapaz de expresar su voluntad, un tratamiento médico adecuado tal como se refiere en el párrafo 2 supondrá en todo caso que:

a) El médico ha llegado al convencimiento de que el paciente ha efectuado su solicitud voluntariamente y después de una seria reflexión.

b) El médico ha decidido poner fin a la vida en función de sus informes y ello se justifica por haber llegado a la conclusión de no existir otra solución para la situación insostenible del paciente.

c) El médico ha consultado a un experto designado por el Ministro de Bienestar Social, Sanidad y Asuntos Culturales.

Artículo 293 bis. El médico que se halla en la situación descrita en el párrafo segundo de los arts. 292 bis y 293 y que antes de llevar a cabo una eutanasia deja de consultar a un experto designado por el Ministro de Bienestar Social, Sanidad y Asuntos Culturales, estará sujeto a un período de prisión no superior a los tres años o a una multa de cuarta categoría.

Artículo 293 ter. Sin perjuicio de las disposiciones del art. 228, un médico en la situación descrita en el párrafo 2 de los artículos 292 bis y 293, que intencionadamente deja de cumplir el requisito legal de facilitar información, estará sujeto a un período de prisión no superior a los tres años o a una multa de cuarta categoría.

Artículo 293, cuarto. A efectos de aplicación de las disposiciones de este Título, la privación o terminación de la vida en una persona se entiende que excluye:

a) La retirada o supresión del tratamiento a solicitud expresa y formal del paciente.

b) La retirada o supresión del tratamiento en los supuestos en que éste es considerado inútil según la opinión médica dominante.

c) Fracaso en el tratamiento de enfermedades secundarias o perturbaciones en el caso de un paciente que, según la opinión médica dominante, ha perdido irreversiblemente la conciencia.

d) Aceleración del proceso de muerte como efecto secundario de un tratamiento específicamente designado a aliviar el grave dolor de un paciente y esencial para tal fin.

Artículo 294. Cualquier persona que deliberadamente induzca a otro al suicidio o le auxilie y suministre drogas a tal fin, estará sujeto, si el suicidio se consuma, a un período de prisión no superior a los tres años o a una multa de cuarta categoría.

LH

III-2

EUTANASIA ACTIVA EN LOS PAÍSES BAJOS*

M. A. M. de Wachter, Ph. D.

La eutanasia activa en los Países Bajos continúa siendo un tópico de debate entre profesionales y público. Sin embargo, muchos aspectos en la práctica médica de la eutanasia activa permanecen en la penumbra, y no hay números acerca de la incidencia actual de esta práctica. En cuanto a su aspecto legal, la eutanasia activa es un delito criminal, con todo se ha ido desarrollando una pauta en la jurisprudencia a partir del primer juicio en 1973, que ha permitido a los médicos practicar la eutanasia bajo ciertas condiciones. Dos proposiciones, una de parte de la Royal Dutch Medical Association y otra de una comisión estatal nombrada por el gobierno, han aconsejado cambiar la legislación vigente. Mientras continúa el debate, cierto número de instituciones holandesas han elaborado modos de proceder y normas directivas que permiten —a los médicos y a los que se dedican al cuidado de la salud— tomar parte en la eutanasia activa de un modo aceptable y sujeto a control. Sin embargo, muchos médicos holandeses se sienten incómodos ante la tolerancia profesional y pública de esta práctica.

El viajero holandés, especialmente si de alguna manera tiene conexión con el trabajo del cuidado de la salud, se enfrenta inevitablemente a preguntas sobre la eutanasia. Los rumores se adelantan con frecuencia a los hechos reales, y la errónea creencia de que la eutanasia en los Países Bajos es legal está muy extendida, cuando en realidad ésta es todavía un delito penal¹. Sin embargo, las condiciones que rodean a la práctica de la eutanasia en Holanda son todavía confusas. No se sabe con certeza cuántas veces se practica; y la manera como debería hacerse es materia polémica en la sociedad holandesa. No hay ninguna decisión que determine si esta práctica requiere protección legal, y los argumentos éticos que podrían justificar la eutanasia son todavía una cuestión de debate público. Así pues, médicos, enfermeros, pacientes, administradores de hospitales, jueces y políticos andan a ciegas en lo que se refiere a la manifiesta práctica de la eutanasia activa, pues aún carece de marcos de referencia morales, sociales, legales y médicos.

DEFINICIÓN Y CONDICIONES NECESARIAS

La eutanasia activa, de acuerdo con el uso actual en los Países Bajos, se define como la muerte de un paciente provocada por un médico a petición del primero². La eutanasia activa es distinta de la eutanasia pasiva (por ejemplo, abandono de un tratamiento desproporcionado que mantiene la vida de un paciente)³. Existe una zona gris, objeto de controversia, donde la eutanasia activa y la pasiva pueden confundirse (por ejemplo, cuando un tratamiento necesario para combatir el dolor acelera la muerte del paciente), y también con la eutanasia involuntaria (por ejemplo, retirando un tratamiento desproporcionado de un enfermo en estado de coma).

El debate público en los Países Bajos sigue la definición anterior, añadiéndose tres condiciones como necesarias:

1. La petición del enfermo ha de ser voluntaria: persistente, consciente y libre.

2. La situación ha de ser sin esperanza: estadio de enfermedad que tanto el paciente como el médico juzgan de imposible recuperación.
3. Consulta a un colega: confirmación del proceso seguido para tomar la decisión, en la que el médico y el enfermo están de acuerdo en la conveniencia de la petición de eutanasia.

PRÁCTICA MÉDICA DE LA EUTANASIA ACTIVA

Hasta octubre de 1989, no se encuentran estadísticas oficiales sobre la incidencia de la eutanasia. Se calcula su frecuencia entre 2.000 y 10.000 casos al año.

En 1985 y 1986 el *Department of Health Law* de la Universidad de Limburg en Maastricht realizó una encuesta nacional sobre la manera cómo los médicos deciden los casos de eutanasia y suicidio asistido. La muestra la constituyeron 900 médicos escogidos al azar (550 especialistas y 350 médicos de medicina general⁴). Se invitó a los consultados a describir casos en su propia práctica. Solamente el 44% (396/900) contestaron después de garantizarles un secreto absoluto. Al preguntar al otro 56% por el motivo de su silencio dieron como razón principal el estar demasiado ocupados. Dos, entre los que se negaron a responder, declararon estar contra la eutanasia. El cuarenta y ocho por ciento de los médicos que respondieron habían recibido una o más peticiones de eutanasia activa y de estos casos el 37% fue atendido. Todavía no es posible ser más específico sobre estas cifras, pues o no se han llevado a cabo más encuestas o no se ha hecho el seguimiento de la primera realizada. Solamente existen muestras y extrapolaciones.

De acuerdo con un informe de 1986⁵, 25 médicos de cabecera tuvieron 17 peticiones de eutanasia activa en La Haya, en 1985. De éstas, 9 fueron atendidas. Los 25 médicos tratan alrededor de 500 pacientes que mueren cada año, cerca del 2% de éstos como resultado de eutanasia activa. Un médico de cabecera informó que en su práctica la eutanasia activa se acercaba al 4% de las 239 defunciones acaecidas entre 1977 y 1986⁶. Un abogado informó que se habían denunciado 125 casos de eutanasia activa en 1987. Otro abogado cree que el número de casos de eutanasia activa denunciados en 1988 fue de unos 130, de los cuales del 1% al 2% están bajo proceso judicial (J. Jilt, *Officier Justitie Alkmaar*, comunicación oral, 31 de agosto, 1989).

El informe sobre la incidencia de la eutanasia puede no ser adecuado por muchos motivos. En primer lugar, el permiso para el entierro o cremación se da solamente después que el médico ha extendido un certificado en el que se declara que el difunto ha muerto de causas naturales. Los médicos que toman parte en la eutanasia quieren evitar preguntas de la policía o de los forenses, pero también quieren proteger a la familia del difunto de las futuras investigaciones oficiales. Los miembros de la familia pueden también temer las consecuencias judiciales de las posibles investigaciones y considerarlas como interferencias a su derecho a la vida privada.

LA PRESENTE LEGISLACIÓN

El vigente código penal establece que «el que toma por su mano la vida de otra persona, incluso respondiendo a una explícita y seria petición, será castigado a la suma a 12 años de cárcel y a una multa de quinta clase». La proposición más reciente de parte del gobierno de coalición (diciembre 1987) pide que el periodo de reclusión sea limitado a 4 años y medio⁷. La sección 40 del mismo código penal

* JAMA 1989; 262: 3316-9

juega un papel crucial, al afirmar que nadie será castigado si la persona que comete el acto se ve obligada a ello por una fuerza mayor «un súbito conflicto de deberes e intereses en medio de una situación en la que se impone escoger una opción alternativa»⁹.

Según la legislación actual, no se permite al médico holandés que después de haber practicado una eutanasia activa, firme el certificado de defunción refiriendo que se ha producido la muerte por *causas naturales*. El mismo médico o el forense debe informar a la policía de que se ha efectuado una eutanasia. La policía, por su parte, informa al *fiscal del distrito*. Este es quien decide si debe procederse judicialmente contra el médico o no. Si se decide afirmativamente, el juzgado de primera instancia, compuesto de tres jueces pronuncia la sentencia. En caso de condena, el acusado puede apelar dos veces; la primera al Tribunal de Apelación (compuesto también de tres jueces), y finalmente se recurre al Tribunal Supremo (cinco jueces).

TRIBUNALES Y LEGISLACIÓN

Los temas legales conectados con la eutanasia en los Países Bajos han sido tratados por varios tribunales desde 1973, ya por tribunales de distrito, ya por tribunales de apelación; y también por el Tribunal Supremo, en casos específicos, durante 1984 y 1986. La interacción entre los tribunales y la Real Asociación Médica Holandesa tuvo cierta importancia. Entre 1973 y 1988, la Real Asociación Médica Holandesa se quejó repetidas veces de la falta de protección legal de sus miembros y buscó obtener, por medio de jurisprudencia y un cambio en las leyes, un estado legal para los médicos que practicasen la eutanasia.

Dos sucesos importantes acaecieron en 1973. Aquel año el primer médico holandés fue llevado a los tribunales por haber participado en un caso de eutanasia activa¹⁰. Después de repetidas peticiones por parte del paciente (que era a la vez la madre del médico), el médico le administró una dosis fatal de morfina. El médico fue condenado, con suspensión de sentencia, a una semana de cárcel y un año en periodo de probación. El tribunal afirmó, sin embargo, que la eutanasia habría sido aceptable si se hubieran cumplido seis condiciones. Entre estas condiciones, las cuatro siguientes jugarían más tarde un papel importante en la jurisprudencia de los diez años siguientes.

Éstas eran:

1. El paciente debía ser enfermo incurable.
2. Experimentar dolores insoportables.
3. Pedir que se pusiera fin a su vida.
4. El médico del paciente debía llevar a cabo la eutanasia¹⁰.

También en 1973, La Real Asociación Médica Holandesa publicó una proclamación provisional sobre la eutanasia: «Legalmente la eutanasia debería todavía considerarse un crimen, pero en el caso de que el médico después de considerar todos los aspectos del caso, acortara la vida de un paciente incurable y en trance de muerte, el tribunal deberá juzgar si existió un conflicto de deberes que pudo justificar la acción del médico»¹¹.

En mi opinión esta proclamación contribuyó a la apertura de un amplio debate público sobre la eutanasia que fue discutida por tribunales y jueces entre 1983 y 1984. Esta opinión se basa en dos aspectos del debate:

1. El creciente impacto de las decisiones judiciales.
2. La definición legalística de la eutanasia, que excluía a aquellos cuya incapacidad era un obstáculo para solicitarla (por ejemplo, los recién nacidos, y los pacientes en estado de coma).

Ha sido verdaderamente interesante seguir los criterios usados por los jueces para llegar a veredictos de no-culpabilidad, de absolución o de castigos condicionales, con los que el juez del distrito pudo sentenciar los casos.

En todas las acciones judiciales entre 1973 y 1983, dos condiciones fueron consideradas esenciales, y las dos se refieren al paciente¹². En primer lugar, el paciente debe hacer la solicitud libremente. No es suficiente que el paciente desee morir o que esté de acuerdo en que se ponga fin a su vida. En lugar de esto, es el paciente quien debe

tomar la iniciativa. Ni debería el médico sugerir al paciente que haga la petición. No obstante, el médico puede sentirse obligado a informar al enfermo de las opciones que se le ofrecen, y al hacerlo, causar la impresión de estar ejerciendo su influencia sobre el paciente. Aquí yacen una multitud de escollos que, según los tribunales, pueden evitarse si se toma cada caso por separado. Además, la primera condición exige que no haya presiones familiares, a fin de facilitar el que sea el paciente quien solicite la eutanasia. Finalmente, la petición del paciente debe ser persistente y a la vez consistente. Durante los pocos casos en los que se efectuó la eutanasia sin la petición del paciente, los médicos han sido condenados por delito criminal.

El segundo criterio de importancia que los jueces tienen en cuenta al juzgar un caso de eutanasia es la condición del paciente, y de manera más particular el hecho de que tales pacientes experimentan esta condición como insoportable. Se necesita un examen objetivo más a fondo de esta experiencia a fin de evitar peticiones completamente subjetivas. Así pues, donde haya alternativas reales para el tratamiento, la *ansiedad* del paciente no debe ser considerada como razón suficiente para rehusar tales alternativas. Darse cuenta de las necesidades del paciente y un régimen adecuado para aliviar al dolor pueden prevenir la ansiedad. En otras palabras, «la eutanasia no debe convertirse en una respuesta a la falta de cuidado, al miedo y a la soledad»¹³. O como Sutorius¹⁴, un abogado holandés que defiende a los médicos procesados por eutanasia dice: «La eutanasia es sólo aceptable si es la piedra de toque para el proceso de morir bien atendido». Resumiendo, el juicio del paciente acerca de su condición como insoportable debe quedar sopesado con una oferta de soluciones alternativas que puede encontrar aceptables o no aceptables. El juicio del paciente continúa siendo el elemento decisivo.

Se ha mencionado, con la misma importancia, una tercera condición, aunque no todos los tribunales la reconocieron como tal, hasta 1984. Ésta requiere que el médico consulte a un colega. La consulta ofrece un medio para confirmar la corrección del diagnóstico y del pronóstico para apoyar y comprobar que la eutanasia se lleva a cabo correctamente asegurándose de que se cumplan todos los requisitos legales.

A estos criterios, que han sido aplicados por todos los tribunales desde 1984, se añaden otros que muchos jueces han tenido en cuenta, como la presencia de una enfermedad incurable y la exigencia de que la muerte del paciente no debe producir un sufrimiento innecesario a los demás.

Durante los años 1970 y los comienzos de los años 1980, se definió, en las decisiones de los tribunales de los Países Bajos, una clara pauta. En estas decisiones, las tres condiciones, es decir, la petición de parte del paciente, lo irremediable de la situación y la consulta al colega se convirtieron de manera gradual en condiciones necesarias para poder aceptar la práctica de la eutanasia activa.

En 1984, la Real Asociación Médica Holandesa reformuló su posición y estas tres condiciones se declararon esenciales en cualquier caso de eutanasia, estando por lo tanto, todos los médicos obligados a cumplirlas¹⁴. Sin embargo, al mismo tiempo, la Real Asociación Médica Holandesa expresó su preocupación por el hecho de que no se garantizaba a los médicos que practicasen la eutanasia la exculpación si ésta no era pronunciada después de un necesario proceso con sentencia absolutoria. Tampoco los médicos podían tener la seguridad de que los tribunales seguirían los mismos criterios. Sólo un caso de eutanasia aprobado por el Tribunal Supremo podría servir de *test* para asegurar esta certeza legal.

Un poco más tarde, en el mismo año, el primer caso de prueba fue juzgado por el Tribunal Supremo. Este fue el de Alkmaar, en el cual el acusado, un médico, administró una serie de inyecciones letales a su paciente, una mujer de 95 años que estaba gravemente enferma y no tenía ninguna posibilidad de mejorar¹⁵. A la edad de 93 años, esta mujer había discutido con su médico el deterioro progresivo de su estado. El 10 de abril de 1980, firmó un testamento válido, en el que pedía que se le administrase la eutanasia activa cuando llegara a tal situación que no pudiera esperarse una recuperación hacia un estado de vida razonable y digno. A la edad de 94 años se fracturó la cadera, sufrió pérdida de vista y oído, y en ocasiones no podía hablar o articular sus palabras. El fin de semana antes de su

muerte, su condición empeoró de manera considerable. No podía beber ni comer y quedó inconsciente. El lunes siguiente, recobró el conocimiento y declaró que no quería pasar por la misma experiencia. El acusado había discutido el asunto con su médico asistente y con el hijo de la paciente. Todos aprobaron el plan de acción que iban a tomar. Después de una última conversación con la paciente, el viernes, durante la cual ella declaró su último deseo de «morir cuanto antes», el médico practicó la eutanasia activa por medio de una inyección letal¹³.

El acusado fue declarado inocente por el Tribunal de Primera Instancia de Alkmaar, pero el veredicto fue revocado por el Tribunal de Apelación de Amsterdam y a su tiempo llegó al Tribunal Supremo. Este revocó la sentencia del Juzgado de Apelación porque no había tenido suficientemente en cuenta el «conflicto de obligaciones» del médico. Más aún, el Tribunal Supremo refirió el caso al Tribunal de Apelación de La Haya, que de nuevo, declaró la inocencia del médico. Tanto el Tribunal del Estado (High Court) como el Tribunal de Apelación de La Haya declararon que el Tribunal de Apelación de Amsterdam había descuidado investigar no solamente el conflicto de conciencia que había experimentado el médico (*gewetensdrang*) sino también el conflicto de obligaciones (*noodtoestand*) al que se vio enfrentado y que, según el Tribunal del Estado (High Court), resolvió de manera razonable y responsable tomando una decisión justificada y objetiva¹⁴.

La decisión del Tribunal del Estado (High Court) significó una apertura para que se aceptara legalmente la eutanasia a petición. Su influencia fue notable en el informe dado por la comisión del estado en 1985, como también en las propuestas legislativas para legalizar la eutanasia. La más reciente entre estas propuestas fue sometida al poder legislativo en 1987, por medio de una decisión del gobierno de coalición del Partido Democrático Cristiano y del Partido Liberal. Se establece en la misma que no debería dejarse de lado la prohibición legal de la eutanasia, sin embargo, cualquier médico puede invocar *urgencia* o fuerza mayor. Esta propuesta fue criticada como una decisión que se queda a mitad del camino, «sin tener en cuenta la opinión de la mayoría de la población que está a favor de la impunidad del médico que practica la eutanasia a petición, y según normativa legal»¹⁵.

LA COMISIÓN ESTATAL

En 1982 se constituyó una comisión estatal para que aconsejara al Gobierno sobre la eutanasia. Se le pidió en particular que ofreciera recomendaciones concretas sobre ley y jurisprudencia de la eutanasia activa. La comisión constaba de quince miembros: siete abogados, tres médicos, dos psiquiatras, una enfermera y dos teólogos.

La gran mayoría de los miembros (trece de los quince) aceptaron la propuesta de no penalizar legalmente la eutanasia en los casos que se detallan:

1. Si se llevaba a cabo por un médico.
2. Si se practicaba en un ambiente de práctica cuidadosa, que requiera que el paciente fuera informado de la gravedad de su estado, que la solicitud viniera del paciente, que se consultara a un colega.
3. Si el paciente se encontraba en una situación insostenible sin ninguna probabilidad de mejoría¹⁶.

En su informe oficial, La Comisión Estatal recomendaba que el Gobierno tomara con rapidez una decisión por dos razones. Primera: para evitar que el problema se convirtiera en un tema político y los miembros del parlamento, en vez de votar de acuerdo con su conciencia, se vieran obligados a seguir la línea directiva de su partido. Segunda, si se esperaba a que los jueces y tribunales señalaran una orientación más firme tardaría demasiado. Finalmente, la comisión recomendaba la inserción en la legislación de una *cláusula de conciencia*, declarando que «ningún trabajador sanitario debería ser obligado a participar en ninguna interrupción activa de la vida»¹⁷.

El informe fue criticado por las razones que siguen^{17, 18}:

1. Porque al determinar la función del gobierno no se hacía referencia a la opción del individuo.

2. Por ignorar el tema de «obligar a otros a permanecer viviendo».
3. Por no haber llegado la mayoría a la definición de *enfermedad terminal*.
4. Por no reconocer unánimemente que existe un conflicto entre morir con dignidad y la prolongada humillación del proceso de la muerte que a veces justifica la eutanasia, al menos como mal menor.
5. Por permitir la eutanasia activa, a petición de la familia de pacientes en estado de coma irreversible, una vez suspendido un tratamiento inútil.

En abril de 1989, debía tener lugar en el Parlamento un debate decisivo sobre dos proposiciones legislativas. Una de ellas, llamada la Propuesta de Ley Kohnstamm, que ya fue propuesta en 1984, y defendía la legalización de la eutanasia. La otra proposición, presentada por el gobierno de coalición en 1987, afirmaba que la eutanasia debería ser castigada, excepto en los casos de fuerza mayor. La primera proposición de ley imponía la carga al legislador; la segunda intentaba guiar el desarrollo de la jurisprudencia¹⁸. Sin embargo, no hubo debate puesto que en la primavera de 1989 el gobierno de coalición se disolvió.

NORMAS INSTITUCIONALES Y MODOS DE PROCEDER EN LA EUTANASIA ACTIVA

Mientras la eutanasia activa sea considerada como un delito penal, con penas de hasta doce años de cárcel, los médicos particulares, los hospitales, y otras instituciones dedicadas al cuidado de la salud lucharán por su propia protección, siguiendo normas que impidan al fiscal del distrito incoar un proceso judicial contra ellos. Las directivas desarrolladas en el Hospital de la Universidad de Utrecht (1985) y los modos de proceder prescritos a los centros de salud pública en ciudades importantes como Amsterdam (1987) y Rotterdam (1988) son ejemplos de esta actitud proteccionista.

El Hospital de la Universidad de Utrecht elaboró dos documentos por separado, uno para la fase de deliberación y el otro para la misma administración de la eutanasia¹⁹.

La deliberación está basada en dos premisas:

1. «Aceptamos el punto de vista de nuestra sociedad que defiende que el hombre es responsable de su propia vida y tiene libertad para poner fin a la misma, en ciertas circunstancias de enfermedad física incurable»²⁰. Tales circunstancias se hallan presentes si hay una petición libre por parte del paciente, en el caso de enfermedad incurable e insoportable para el mismo, y si ha habido una consulta con otros médicos y enfermeros.
2. «Respetamos a los trabajadores de la salud que deseen tomar parte en la deliberación sobre la administración de la eutanasia y también a aquellos que a causa de sus principios rehúsan hacerlo»²⁰.

Los siguientes pasos constituyen parte de la misma deliberación. Primero, es obligación de todos los clínicos, a quienes un paciente pide la administración de la eutanasia informar a un equipo cuyos miembros son el médico que atiende al enfermo, el jefe del servicio, y el enfermero o enfermera jefe. Se notificará a la familia del paciente sólo en el caso que éste lo permita. Si el primer paso conduce a un acuerdo unánime, se comunica al jefe del departamento y simultáneamente al director del hospital. Si no hay unanimidad, un comité consultivo (nombrado por el director) actuará como intermediario para llegar a una decisión final. Cuando la solicitud de eutanasia ha sido aceptada, se tratará con el paciente (y, con el permiso de éste, con su familia) el procedimiento para cumplimentar la decisión.

La administración de la eutanasia requiere medidas preparatorias tales como determinar los pasos y el momento. Se recomienda que la eutanasia se practique dentro de un mismo turno de trabajadores del hospital. Además, los medios que se usarán —por vía oral o intravenosa— deben determinarse de antemano. Si se administra una droga por vía oral, debe facilitarse por la farmacia del hospital. Si se usan drogas intravenosas, deben administrarse después de consultar al jefe del departamento de control del dolor. La eutanasia debe llevarla a cabo uno de los médicos del equipo consultivo. Finalmente, el acto de eutanasia y el nombre del médico que la realiza deben

anotarse en la historia del paciente. Esta forma de proceder también requiere que se informe a la familia y a los parientes más cercanos, que si así lo desean se les dará ulterior soporte. El mismo equipo consultivo debe estar disponible a fin de prestar este servicio.

Durante los dos últimos años, de cinco a diez casos de eutanasia activa administradas de acuerdo con las normas del Hospital de Utrecht, han sido denunciados (G. J. Cerfontaine, comunicación oral, 22 de octubre de 1989). Sin embargo, hasta el momento presente ningún médico ha sido declarado culpable de eutanasia ilegal.

Otro ejemplo es el procedimiento seguido por el director general de todos los servicios de salud de la ciudad de Amsterdam y desarrollado con la colaboración del fiscal del distrito y el inspector de salud pública del gobierno (H. Rengelink, comunicación por escrito del 12 de octubre de 1987). Esta forma de proceder fue comunicada a todos los médicos de cabecera, a los médicos de clínicas y a los especialistas de la ciudad de Amsterdam en octubre de 1987. Este reglamento trata no solamente de las normas de proceder sino también de la responsabilidad legal del médico. Esta es todavía una cuestión crucial puesto que la eutanasia es todavía un delito penal.

De acuerdo con las normas de Amsterdam, se deben seguir los siguientes pasos:

1. Puesto que la eutanasia activa no le permite al médico extender un certificado de defunción por causas naturales, se debe establecer contacto con el forense, tan pronto como muere el paciente. El forense examina las causas que se aducen a favor de la eutanasia, y examina si ésta se administró con cuidado profesional.
2. El forense informa al fiscal del distrito.
3. La policía de manera discreta investiga la situación del fallecido, pregunta al médico las condiciones bajo las cuales se administró la eutanasia e informa al fiscal del distrito. A no ser que se descubra algo fuera de lo corriente, no se interrogará a la familia.
4. El fiscal del distrito decide si debe practicarse la autopsia antes del entierro o cremación.
5. El fiscal del distrito consulta al inspector de salud pública.
6. El fiscal del distrito manda un informe al fiscal general pertinente.
7. Todos los fiscales generales (cinco) y el secretario general del Ministerio de Justicia discuten cada caso y deciden si es necesario iniciar un proceso o se desecha el caso.

Todavía no hay información pública de los casos de eutanasia activa denunciados en la ciudad de Amsterdam desde octubre de 1987, cuando se introdujo esta forma de proceder.

CONCLUSIONES

Afirmar que la eutanasia está permitida en los Países Bajos es una simplificación. A decir verdad, la forma de pensar y la práctica de la eutanasia están mucho más desarrolladas que en otros países del Oeste. Se ha llegado a cierto grado de tolerancia pública y profesional. Ciertamente la sociedad holandesa tiene una tradición de

tolerancia, pero no a cualquier precio. Los miembros de la sociedad holandesa saben que permanecen muy serias cuestiones. No se ha elaborado ninguna pauta de referencia ética o legal, y muchos sienten inquietud ante la nueva tolerancia. Este artículo no ha intentado ser una crítica de la situación holandesa, sino sólo una exposición de la situación actual. El tiempo revelará la sabiduría o la locura de esta experiencia en el campo de la ética médica.

Desear agradecer a las personas siguientes sus comentarios a anteriores borradores de este artículo: E. Borst-Eilers, M.D.; A.R. Jansen, Ph.D.; B.M. Knoppers, J.D.; H. Rigter, Ph.D.; G. de Wert, M.A.; F.C.B. van Wijnen, J.D.; y W.J. Wimla-de, Ph.D., J.D. Y también quiero expresar mi reconocimiento por la asistencia de I. Ravenslag, L.I.M. en investigación legal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Código Penal de los Países Bajos, § 293.
2. Leenen, H.J.J.: *Rechten van mensen in de gezondheidszorg*. Alphen aan de Rijn, the Netherlands: Samson Publishers, 1978: 213.
3. *Deciding to Forgo Life-Sustaining Treatment*. Washington DC: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1983.
4. Van Wijnen, F.C.B.: *Artsen en het zelfgekozen levenseinde*. Maastricht, the Netherlands: University of Limburg, 1989.
5. Oliemans, A.P. y Nijhuis, H.G.J.: *Euthanasie in de huisartspraktijk*. Med. Contact. 1988; 41: 218.
6. Kemter, E.G.H.: *Euthanasie in een huisartspraktijk*. Med. Contact. 1989; 44: 908.
7. Feber, H.R.G.: *Euthanasia en verklaring van overlijden*. Med. Contact. 1988; 43: 41-3.
8. Propuesta de cambio en el Código Penal de los Países Bajos. § 293.
9. Código Penal de los Países Bajos § 40.
10. *Nederlandse Jurisprudentie* 1973: 183.
11. Gevers, J.K.M.: *Legal developments concerning active euthanasia on request in the Netherlands*. Bioethics 1987; 1: 158.
12. Leenen, H.J.J.: *Euthanasia, assistance to suicide and the law: development in the Netherlands*. Health Policy 1987; 8:197-206.
13. Sutorius, E.P.R.: *Verantwoorde levensbeëindiging?* En: Kuitert, H.M., ed.: *Verantwoorde Levensbeëindiging: Medische, Ethische, Juridische Aspecten*. Delft, the Netherlands: Meinema, 1986; 54: 23.
14. *Central Committee of the Royal Dutch Medical Association. Vision on euthanasia*. Med. Contact. 1984; 39: 990-8.
15. *Nederlandse Jurisprudentie* 1984: 106.
16. *Euthanasie*, Den Haag, the Netherlands; Staatscommissie Euthanasie, 1985. Para un resumen en inglés véase: Gevers, J.K.M.: Final Report of the Netherlands State Commission on Euthanasia: an English summary. Bioethics 1987; 1: 163.
17. Strydom, G.A.M.: *Het nieuwste wetsvoorstel inzake de euthanasie*. Tijdschrift Gezondheidsrecht 1988; 12: 138-47.
18. Kelk, C.: *Euthanasie-wetgeving: nu of nooit?* Nederlands Juristenblad 1989; 64: 448-50.
19. *Guidelines for Assisting Suicide and Voluntary Active Euthanasia for Physically Incurable Patients*. The Netherlands: University Hospital Utrecht, 1985.

LH

III-3

LA EUTANASIA Y OTRAS DECISIONES MÉDICAS EN LO QUE SE REFIERE AL FIN DE LA VIDA*

*Paul J. van der Maas,
Joahannes J. M. van Delden,
Loes Pijnenborg y Gaspar W. N. Looman*

Este artículo presenta los primeros resultados del estudio hecho en Holanda a escala nacional, sobre la eutanasia y otras decisiones médicas en lo que se refiere al fin de la vida. Este estudio fue llevado a cabo a petición del gobierno holandés como preparación para una discusión sobre la legislación de la eutanasia.

Se hicieron tres estudios:

1. Detalladas entrevistas con 405 médicos.
2. Envío de cuestionarios a los médicos de 7.000 personas ya fallecidas.
3. Información, entre los que contestaron, para hacer un estudio prospectivo de 2.250 defunciones.

En el 17,5 % de todos los casos de muerte, los factores de mayor importancia en las decisiones médicas relacionadas con el término de la vida fueron el alivio del dolor y de síntomas por medio de dosis de opiáceos tan elevadas que pudieron acortar la vida del paciente.

En otro 17,5 % el factor más importante fue la decisión de no administrar tratamiento alguno. La eutanasia por medio del suministro de drogas letales, a petición del paciente, parece haberse practicado en un 1,8 % de todos los casos de defunción.

Concluimos que estas decisiones que fueron tomadas en el 38 % de todas las defunciones y en el 54 % de las muertes no agudas, son práctica común y deberían ser tenidas más en cuenta en la investigación, en la docencia y en el debate público.

INTRODUCCIÓN

Las decisiones médicas relacionadas con el fin de la vida son el objeto de creciente discusión en muchos países. En los Estados Unidos la discusión ha sido enfocada hacia las decisiones de no administrar ningún tratamiento. En los Países Bajos, la eutanasia ha ocupado el centro del debate público desde los comienzos de los años 1970, y este debate ha atraído en gran manera la atención internacional. Aunque, hablando legalmente, la eutanasia es un delito penal en los Países Bajos, si los médicos siguen estrictamente ciertas orientaciones, rara vez se instituyen procesos legales^{1,2}. A pesar de esto, en casos de eutanasia el médico declara con frecuencia que el paciente murió de muerte natural. El número verdadero de defunciones por eutanasia en los Países Bajos no se conoce y ello ha dado lugar a especulaciones infundadas³.

Varios grupos han propuesto una reforma de la ley que respondiera a estas preguntas: ¿Debería la eutanasia (en su estricta definición) ser despenalizada por completo, como proponen algunos miembros del parlamento holandés, o debería quedar como delito penal, pero con excepciones claras? Otros grupos consideran que es innecesaria una nueva legislación. El Gobierno elegido en 1989 decidió posponer la decisión hasta que no se tuviera información más exacta sobre la eutanasia en los Países Bajos. A fin de proporcionar esta información se nombró una comisión en enero de 1990, presidida por el profesor J. Rummelink, fiscal del Tribunal Supremo de Holanda, y se nos pidió que lleváramos a cabo un estudio a escala nacional con los médicos, y que presentáramos los resultados al cabo de un año. La comisión también solicitó al *Central Bureau of Statistics* que estudiara una muestra de personas difuntas.

El estudio no debía quedar restringido a la eutanasia en el sentido que se usa en los Países Bajos —por ejemplo, la terminación intencionada de la vida por alguien distinto de la persona en cuestión que la solicita—, pero debía orientarse a estas tres formas de decisión médica que pueden acelerar la muerte del paciente:

1. Decisiones de no administrar ningún tratamiento.
2. El alivio del dolor y/o los síntomas producidos por dosis muy altas de opiáceos.
3. La eutanasia y decisiones relacionadas con ésta. Las decisiones médicas relacionadas con el fin de la vida deben incluirse en uno de estos tres grupos.

Los fines de este estudio a escala nacional fueron obtener cifras aproximadas en las que se pudiera confiar sobre la incidencia de la eutanasia y otras decisiones médicas sobre el fin de la vida; describir las características de los pacientes, médicos y situaciones concurrentes; cerciorarse de la familiaridad de los médicos con los criterios para una eutanasia aceptable; y determinar bajo qué condiciones estaría el médico dispuesto a declarar una defunción por eutanasia. Este artículo tiene por objeto el primer y segundo fines.

A fin de adquirir visión sobre el trasfondo de la eutanasia y otras decisiones médicas relacionadas con el fin de la vida, se consideró indispensable mantener entrevistas detalladas con los médicos. Por otra parte, se consideró que la base cuantitativa del estudio se vería mucho más fortalecida con una muestra de defunciones particulares. Decidimos combinar las ventajas de entrevistas detalladas a médicos y las de una muestra de muertes individuales a través de tres estudios*:

- I. Entrevistas con una muestra de 405 médicos de diferentes especialidades.
- II. Una muestra de 7.000 defunciones.
- III. Un estudio prospectivo en el que cada médico entrevistado en el estudio I, diera información de cada defunción ocurrida en su práctica, durante los seis meses posteriores a la entrevista.

* Un informe completo de los tres estudios juntos y otro informe más detallado sobre el estudio II aparecieron en holandés en septiembre 10 (5-7). Las ediciones en lengua inglesa estarán disponibles más tarde este año.

* *Lancet* 1991; 338: 669-74.

MÉTODOS

I. Entrevistas con médicos

Se entrevistó a una muestra estratificada y randomizada de 405 médicos que incluía a 152 que practicaban medicina general, 50 médicos de clínicas privadas y 203 especialistas (cardiólogos, cirujanos, y especialistas en medicina interna, enfermedades del tórax y neurología). Estos médicos cubrían el 89 % de las defunciones ocurridas en hospitales (en los Países Bajos un poco más del 40 % de las muertes ocurren en el hospital) y casi todas las demás defunciones (40 % procedente de médicos de medicina en general más o menos, y cerca del 16 % de todas las demás muertes de médicos de clínicas privadas).

No se incluían en la muestra a los pediatras ni a los psiquiatras, puesto que el promedio de defunciones de esta clase de pacientes por médico clínico hubiera sido demasiado limitado. Nuestro blanco era llegar a 410 entrevistados. Se seleccionaron las direcciones y nombres de catálogos muy completos de médicos. El criterio de selección era que el seleccionado debía haber ejercido su práctica en la especialidad que constaba en el catálogo y en el lugar de la muestra, durante dos años, por lo menos. Tuvimos que elaborar una muestra de 599 direcciones para conseguir el número deseado. 138 médicos no se ajustaron a los criterios de selección; 14 no fueron entrevistados, pues la dirección era incorrecta y no pudieron ser encontrados; 41 (9 %) rehusaron tomar parte, y una entrevista dio una información inútil.

Treinta médicos experimentados y cinco profesionales de otras ramas científicas, pero familiarizados con el cuidado de la salud condujeron las entrevistas entre octubre de 1990 y febrero de 1991. Todos los entrevistadores se sometieron a un curso intensivo de formación.

Para poder extrapolar los resultados al número total de defunciones en los Países Bajos, se hicieron correcciones ponderales por los posibles defectos de la estratificación de la muestra y preguntas no contestadas. No se encontraron defectos debidos al procedimiento de selección de la muestra y la tasa de no-respuestas y por consiguiente, los resultados probablemente son representativos de los médicos holandeses en las especialidades que entraron en la muestra. Las cifras probables de incidencia, anotados más abajo, se dan corregidas por el 11 % de defunciones en hospitales que permanecen invisibles en este procedimiento de composición de la muestra.

II. Certificados de defunción

La causa de la muerte de todos los habitantes de los Países Bajos se declara al Central Bureau of Statistics (CBS). No se menciona el nombre del paciente en el impreso de la causa de muerte pero sí el del médico que da el informe.

El oficial médico encargado de las estadísticas de causas de muerte preparó una muestra estratificada de 7.000 defunciones acaecidas en el periodo comprendido entre el 1.º de agosto y el 1.º de diciembre de 1990. Los informes de todas las 41.587 muertes que ocurrieron en este tiempo fueron examinadas por dos médicos y clasificados en uno de los cinco estratos. Cuando la causa de la muerte imposibilitaba todo tipo de decisión relacionada con el fin de la vida (por ejemplo, accidente de coche fatal) se asignaba al caso el estrato 0 y no se remitía ningún cuestionario. Cuando la posibilidad de una decisión objeto de estudio era alta, el caso se clasificaba como estrato 4. La fracción de la muestra para el estrato 4 (en el que el 50 % de las muertes fueron estudiadas por el cuestionario) fue seis veces más elevada que la del estrato 1 (8,3 %), siendo la proporción del 12,5 % para el estrato 2 y del 25 % para el estrato 3. Se ideó un procedimiento que aseguraba el anonimato absoluto de médicos y difuntos. Todos los médicos holandeses recibieron una carta que explicaba los estudios y cómo se garantizaba el anonimato.

De 6.942 cuestionarios que se mandaron por correo, el 76 % fueron contestados. Casi todos cuidadosamente, y con frecuencia ofrecían información adicional. Los resultados de este estudio se basan en 5.197 cuestionarios debidamente completados. Este estudio fue llevado a cabo por investigadores de la CBS, en estrecha colaboración con los autores.

III. Estudio prospectivo

Se pidió a todos los entrevistados del estudio I que participaran en el estudio prospectivo, rellenando un cuestionario, idéntico al que se usó en el estudio II, por cada paciente bajo su cuidado que muriera dentro de los seis meses posteriores a la entrevista. De los 405 entrevistados participaron 322 (80 %). Como habíamos fijado un tiempo límite, dejamos de recoger cuestionarios cerca del 1.º de junio de 1991, y el promedio de participación fue de 23 semanas. Describían 2.257 muertes y las decisiones que habían tomado (o no tomado). El número de defunciones que se esperaba para este grupo de médicos, durante el periodo de observación fue de 2.220. Se calcularon ponderales por falta de respuestas a este estudio, las diferencias entre los periodos de observación entre los corresponsales, y las pequeñas diferencias entre los estudios II y III. El Ministro de Justicia garantizó inmunidad legal en lo que se refiere a toda la información recogida para los estudios I y II.

Cuestionario

El cuestionario, desarrollado conjuntamente con el *Central Bureau of Statistics*, constaba de 24 preguntas que permitían responder a cuatro temas centrales por cada decisión: a) lo que el médico hizo (o no hizo); b) cuál fue su intención al obrar así; c) si este modo de obrar fue escogido a instancias del paciente o después de una conversación con él; d) en este último caso si el paciente era capaz de tomar una decisión, o no. Los tres tipos de decisiones de mayor importancia fueron:

- *Decisión de no administrar ningún tratamiento (NTD)*, la supresión o abandono de tratamiento en situaciones donde éste hubiera probablemente prolongado la vida.
- *Alivio del dolor y síntomas (APS)* con opiáceos en tales dosis que se podía haber abreviado la vida del paciente.
- *Eutanasia y decisiones relacionadas con ella*, receta, suministro o administración de drogas con intención explícita de acortar la vida, incluyendo la eutanasia a petición del paciente, el suicidio asistido, y otras acciones cuyo fin es poner término a la vida sin petición explícita y persistente por parte del paciente.

Estas decisiones pueden ser identificadas por las respuestas a las preguntas hechas más arriba. Evitamos en el mismo cuestionario términos como *eutanasia* porque la interpretación de este término está muy lejos de ser unánime en la práctica médica. Otros términos como *eutanasia pasiva* y *terapia inútil* resultaron todavía más ambiguos. Supuesto que el cuestionario tenía que ser lo suficientemente claro para poder ser contestado sin ninguna ayuda, intentamos usar expresiones estrechamente relacionadas con la práctica médica y que pudieran a la vez ser convertidas en conceptos empleados en la legislación sobre la salud y en la ética médica.

Pedimos al médico que calculara el efecto de cualquier decisión en relación al periodo de duración de vida que se termina. Distinguimos tres clases de intenciones. Unas pueden tomarse con la explícita intención de terminar la vida del paciente, otras con la intención secundaria de acortarla, finalmente otras permitiendo que el acto tendrá probablemente como efecto secundario abreviar la vida del paciente (y en casos de renunciar al tratamiento, se supone que éste habría prolongado la vida).

El programa de las entrevistas (estudio I) seguía la misma tónica pero con mucho más detalle (constaba de 120 páginas). Se usó el término *eutanasia* porque pareció que en aquel entorno era posible corregir los errores conceptuales que pudieran surgir. (Se hicieron también preguntas sobre criterios con los que se pudiera aceptar la eutanasia y sobre las opiniones que los entrevistados pudieran tener sobre la presentación de un informe en caso de eutanasia. Sus respuestas no pertenecen a los fines de este artículo).

RESULTADOS

Incidencia

Los tres estudios produjeron resultados semejantes de incidencia (tabla 1). El análisis detallado de los casos permitió su cálculo (*calcu-*

Tabla I
Cálculo aproximado de la incidencia de MDEL^c como porcentaje de todas las defunciones^a

Tipo de MDEL	Estudio I ^b	Estudio II	Estudio III	Mejor Promedio
<i>Eutanasia y MDEL relacionado</i>		2,7 % (2,3-3,1)	4,7 % (3,7-5,8)	2,9 %
Eutanasia	1,9 % (1,6-2,2)	1,7 % (1,4-2,1)	2,6 % (2,0-3,5)	1,8 %
Suicidio asistido	0,3 % (0,2-0,4)	0,2 % (0,1-0,3)	0,4 % (0,2-0,9)	0,3 %
Actos para terminar la vida sin petición explícita y persistente	.. ^d	0,8 % (0,6-1,1)	1,6 % (1,1-2,2)	0,8 %
APS	16,3 % (15,3-17,4)	18,8 % (17,9-19,9)	13,8 % (12,2-15,5)	17,5 %
NDT	.. ^e	17,9 % (17,0-18,9)	17,0 % (15,3-18,9)	17,5 %
Total MDEL ^c	..	39,4 % (38,1-40,7)	35,4 % (32,9-38,1)	38,0 %

^a Los porcentajes se refieren al total de defunciones en los Países Bajos (128.786 en 1990). Los números entre paréntesis significan los intervalos de 95 % de fiabilidad.

^b El material, en el estudio I, no permitía la computación de este porcentaje.

^c Este porcentaje en el estudio II y III no se puede comparar con el del estudio I porque se discutieron casos de pacientes vivos y de difuntos.

^d Basado en respuestas a las preguntas sobre MDEL tomadas en los 12 y 24 meses anteriores.

^e MDEL: Medical Decisions concerning the end of life.

lo más aproximado) de cada una de las decisiones. El porcentaje de defunciones fue del 35,4 % (estudio III) o 39,4 % (estudio II), con el cálculo más aproximado de un 38 %. Los estudios II y III demuestran que cerca del 30 % de todas las defunciones fueron agudas e inesperadas. En el 70 % sobrante hubo tiempo suficiente para tomar decisiones médicas, y se pusieron en práctica en más de la mitad de estos casos (54 %).

La eutanasia (terminar la vida a instancia del paciente) ocurrió en un 1,7 % (II), 1,9 % (I), o 2,6 % (III) de todas las defunciones. El análisis de las respuestas a las pautas en los estudios subsidiarios sugiere que algunos de los casos en el estudio III encajarían mejor en la categoría *alivio del dolor y síntomas*. Un cálculo aproximado indica que en los Países Bajos el 1,8 % de las defunciones se deben a la eutanasia con cierta clase de complicidad de parte del médico. El suicidio asistido, significando con ello la intención del médico de recetar o proporcionar drogas letales cuya administración corre a cargo del paciente, ocurre en un 0,2-0,4 % de todas las defunciones, con una mayor aproximación del 0,3 %.

En el 0,8 % de todas las defunciones se administraron drogas con la intención explícita de abreviar la vida del paciente, sin ajustarse a los criterios estrictos de la eutanasia. En más de la mitad de estos casos, se discutió la decisión con el paciente, o éste había ya expresado, en una fase anterior de la misma enfermedad, el deseo de someterse a la eutanasia si su sufrimiento llegara a ser intolerable. Como se ve en la tabla I, el total de casos de eutanasia y decisiones afines llega a un 2,7 % (II) o 4,7 % (III) de todas las defunciones. Una detallada comparación de estos tres estudios, junto con los comentarios de los entrevistados, nos convence de que el 2,0 % de diferencia se debe a casos que no deberían ser considerados como *eutanasia y decisiones afines*, sino como situados en una zona gris donde la asistencia al suicidio con dosis altas de opiáceos tiene como fin secundario la abreviación de la vida. El alivio del dolor, aceptando por lo menos el riesgo de acortar la vida, ocurrió en el 13,8-18,8 % de las defunciones. El cálculo más aproximado es del 17,5 % y casos en la zona fronteriza se incluyen en este 17,5 %.

La decisión de no tratar al paciente se tomó en el 17,9 % (II) o en el 17,0 % (III) de todas las defunciones (cálculo más aproximado, 17,5 %).

Eutanasia y suicidio asistido: características

Durante la entrevista, se preguntaba a los médicos si habían practicado alguna vez la eutanasia a instancia explícita del paciente o si habían tomado parte en un suicidio asistido. El 54 % contestó afirmativamente, y el 24 % afirmaron haberlo hecho por lo menos una vez, durante los últimos 24 meses (tabla II). El 62 % de los médicos

Tabla II
Práctica de los médicos y su actitud hacia la eutanasia y el suicidio asistido (%)^a

Eutanasia o Suicidio asistido	Médicos Medicina general (n = 132)	Médicos Especialistas (n = 203)	Médicos Clínicas privadas (n = 50)	Total (n = 405)
Llevado a cabo	62	44	12	54
En los últimos 24 meses	(28)	(20)	(6)	(24)
Nunca, pero estaría dispuesto a hacerlo en ciertas condiciones	28	40	60	34
Nunca lo haría, pero referiría el caso a otro médico	6	9	26	8
Nunca lo haría, ni referiría el caso a otro médico	3	8	2	4
Total	100	100	100	100

^a Porcentajes basados en el peso de los datos, por consiguiente, los totales de cada fila no pueden ser directamente computados como promedios de entradas simples (o separadas).

de medicina general, el 44 % de los clínicos, y el 12 % de los de las clínicas privadas también contestaron que sí.

El 34 % de los entrevistados dijeron que nunca habían practicado la eutanasia o cooperado en un suicidio, pero podían imaginar situaciones en las que estarían dispuestos a hacerlo. El 12 % restante respondió que no podían concebir tales situaciones, pero más de la mitad (8 %) dijeron que estarían dispuestos a mandar a pacientes que pedían la eutanasia o un suicidio asistido a un colega que tuviera una actitud más permisiva. En otras palabras, una gran mayoría de médicos en los Países Bajos considera la eutanasia como elemento aceptado en la práctica médica, en ciertas circunstancias. En la parte más urbana del Oeste de los Países Bajos, un número significativamente mayor de médicos que en otras áreas, ha practicado la eutanasia (véase tabla 10,2 en el informe detallado holandés).

La tabla III contiene información sobre edad y sexo del difunto, basada en el estudio II. Los resultados de los otros dos estudios son muy semejantes. La tabla también detalla el porcentaje de todas las muertes en una subclase específica de decisiones. Por ejemplo, en

Tabla III
Edad y sexo de los pacientes (%). Estudio II

Edad	N*	Murió con MDEL*	Eutanasia y MDEL relacionado (n = 204)	APS ^b (n = 1.166)	NTD ^c (n = 991)	Total con MDEL (n = 2.361)	Muertos en los Países Bajos*
0-49	363	32	14	6	7	7	8
50-64	797	40	24	17	9	14	13
65-79	1.999	38	38	40	32	36	37
80+	2.038	42	25	37	53	43	42
Total	5.197	39	100	100	100	100	100
Sexo							
M	2.664	36	61	48	45	48	52
F	2.533	43	39	52	55	52	48

* Números preliminares para 1990 (126.786 defunciones). Fuente: Netherlands Central Bureau of Statistics.

^a Medical Decisions concerning the end of life.

^b Alleviation of pain and symptoms.

^c Non treatment decisions.

el 38 % de todas las defunciones del grupo de edad 65-79 se tomó una decisión relacionada con el término de la vida. Este promedio no difiere mucho entre los grupos de edad o entre los sexos. La tabla III ofrece también distribuciones de edad y sexo por defunciones dentro de los tres tipos de mayor importancia de decisiones y por todas las defunciones en los Países Bajos en 1990. En la eutanasia y en las decisiones afines, los pacientes tendían a ser más jóvenes y era más probable que se tratara de hombres que de mujeres.

Cuando se toma en consideración la causa de la muerte, el porcentaje de las defunciones en las que se tomó una decisión fue considerablemente diferente (tabla IV), variando del 59 % en todas las defunciones por cáncer al 21 % por enfermedades cardio-vasculares (en este estudio se consideró la apoplejía como enfermedad del sistema nervioso) y el 12 % por heridas, suicidio y violencia. En el subtipo de eutanasia y decisiones afines, el cáncer ocupó un lugar especialmente prominente (68 % contra el 27 % para todas las defunciones).

Un tema muy importante en cada una de las decisiones fue el papel que desempeñó el paciente. La información sobre eutanasia y suicidio asistido que se presenta aquí está basada en 187 casos descritos en entrevistas, pues proporcionaron una visión profunda de las circunstancias. En el 96 % de los casos de eutanasia y suicidio asistido, el médico declaró que la petición del paciente fue explícita y persistente. (La conclusión de que siempre se daba una clase de petición es una petición de principio ya que esta petición late en el centro de

Tabla IV
Causas de muerte (%). Estudio II

Causa	N*	Murió con MDEL*	Eutanasia y MDEL relacionado (n = 204)	APS (n = 1.166)	NTD (n = 991)	Total con MDEL (n = 2.361)	Defunciones en los Países Bajos
Cáncer	2.174	59	68	54	29	44	27
Enfermedad cardiovascular	1.103	21	9	15	19	16	30
Enfermedad sistema nervioso	572	43	2	9	18	13	12
Enfermedad pulmonar	379	37	6	6	9	7	8
Externa	134	32	0,3	1,3	1,3	1,2	4,1
Otras	835	43	15	15	24	19	19

la definición de eutanasia en los Países Bajos.) En el 94 % la petición se había hecho repetidamente; en el 99 % los médicos creían estar seguros de que la petición no estaba sujeta a presiones por parte de otros; y en todos los casos estaban convencidos de que el paciente tenía la suficiente visión y conocimiento del curso de su enfermedad.

Las pacientes hicieron la petición por razones como la pérdida de dignidad (mencionada en el 57 % de los casos), el dolor (46 %), muerte indigna (46 %), el tener que depender de los demás (33 %), estar cansados de vivir (23 %). Solamente en 10 de los 187 casos, el dolor fue el único motivo.

Poner fin a la vida por medio de la administración de drogas letales sin petición explícita y persistente del paciente es probablemente la más difícil de las decisiones. Nuestro estudio sugiere que esto ocurre en un 0,8 % de todas las defunciones. En más de la mitad de estos casos la decisión se discutió con el paciente o bien éste en una fase previa de su enfermedad ya había expresado el deseo de someterse a la eutanasia si su sufrimiento llegara a ser intolerable. En otros casos, con algunas excepciones, los pacientes se hallaban cercanos a la muerte y con manifiesto e importante sufrimiento, e imposible comunicación verbal. En estas ocasiones, la decisión de acelerar la muerte se tomaba casi siempre después de consultar a la familia, al personal de enfermería, o a uno o más colegas. En la mayoría de los casos, según los médicos, el tiempo que se acordaba la vida era de pocas horas o días. Estos casos son más semejantes al alivio del dolor que a la eutanasia. En el 75 % de los casos de eutanasia el tiempo con que se disminuye una vida llega por lo menos a una semana y en el 8 % de los casos es superior a seis meses.

Encontramos que en los Países Bajos más de 25.000 pacientes al año acuden a los médicos para cerciorarse de que obtendrán ayuda si su sufrimiento se vuelve intolerable. Todos los años, se dan cerca de 9.000 peticiones explícitas de eutanasia o de suicidio asistido, pero sólo en menos de una tercera parte se llega a un acuerdo. En la mayoría de los casos se hallan alternativas con las que la vida vuelve de nuevo a ser tolerable, y en algunos casos el paciente muere antes de que se inicie cualquier acción. Un 14 % de los pacientes de nuestro estudio, a quienes se refuso su petición, sufrían enfermedades psiquiátricas.

Alivio del dolor y otros síndromes: características

Se preguntó a los médicos si a fin de aliviar el dolor y/o los síntomas, habían decidido alguna vez administrar tales dosis de opiáceos que les obligara a aceptar los riesgos de acortar la vida del paciente. El 82 % contestó afirmativamente (82 % medicina en general, 81 % clínicos, 86 % de clínicas privadas). 12 % contestaron negativamente, pero no negaron que podrían hacerlo; un 7 % dijeron que nunca lo harían.

El alivio del dolor parece ser la decisión de mayor importancia en 17,5 % de todas las defunciones. Del 65 % (estudio I) al 80 % (estudios II y III) de estos casos, el médico acepta que su modo de obrar probablemente abreviará la vida. Las entrevistas demostraron que en el 6 % de los casos el fin primario fue el de terminar la vida, mientras en otros era secundario. En la mayoría de casos la vida no se abrevió en absoluto (en una tercera parte de los casos) o por unas pocas horas o días, pero en algunos casos se calcula que el período fue de semanas e incluso de meses. Los pacientes son algo más jóvenes que lo normal y con más frecuencia son mujeres, comparados con la edad y el sexo en la distribución de todas las defunciones (tabla III). El cáncer es la enfermedad de mayor dominio, aunque no tanto como en los casos de eutanasia y otras decisiones afines (tabla IV).

En casi el 40 % de los casos, la decisión de aumentar las dosis y la posibilidad de que con esto se acelerara el fin de la vida se había discutido con el paciente. La falta de discusión era por regla general (73 %) por incapacidad del paciente.

Cuando se les preguntó si habían decidido alguna vez suspender el tratamiento o no comenzarlo, a pesar de saber que habría prolongado la vida del paciente, el 62 % de los corresponsales respondieron que sí (medicina general 51 %, clínicos 80 %, clínica privada 98%).

No-tratamiento: características

Las decisiones de no-tratar son las de mayor importancia en el 17,5 % de todas las defunciones. En cerca de la mitad de estos casos, el médico estaba de acuerdo en que el tratamiento al que se había renunciado hubiera probablemente prolongado la vida. En la otra mitad, el fin explícito que se buscaba era el de no prolongar la vida del paciente. De manera especial, cuando no se da comienzo al tratamiento con el fin explícito de no prolongar la vida, el tiempo de vida que se deja perder puede ser considerable —oscilando en poco más de una semana (cerca de una tercera parte, a más de seis meses, en un 3 % de los casos). Las decisiones de no-tratar se refieren generalmente a pacientes de edad avanzada (tabla III) y un poco más a mujeres que a hombres. La distribución de la causa de muerte también difiere en gran manera de la que se halla en otras clases de decisiones no ocupando el cáncer un lugar prominente. Esto puede ser explicado, en parte, por el hecho de que en edades más avanzadas el cáncer constituye la fracción más pequeña del conjunto formado por las causas de muerte. Una segunda explicación es que las decisiones de no-tratar no se fundan tanto en consideraciones de enfermedades específicas sino en el juicio general sobre las posibilidades de mejorar el bienestar con tratamientos para prolongar la vida.

En el 30 % de los casos la decisión de no-tratar ha sido objeto de discusión con el paciente; en un 63 % no lo fue (7 % de los responsables no contestaron a la pregunta). En el 88 % de todos los casos en los que la decisión no se había discutido con el paciente, fue por incapacidad del mismo.

Médicos

Los médicos de medicina general declararon que habían tomado una de las decisiones que estudiamos en cerca de una tercera parte de las defunciones de pacientes que estaban primariamente bajo su responsabilidad. La proporción era de un 40 % en los médicos clínicos y más de un 50 % en los de las clínicas privadas. La eutanasia y las decisiones relacionadas con ella eran mencionadas con mayor frecuencia por los médicos de medicina general, mientras que los médicos de clínicas privadas las mencionaron pocas veces. Por otra parte, los médicos de clínicas privadas tomaban el doble de decisiones de no-tratar que los de medicina en general. El alivio del dolor fue mencionado con la misma proporción de defunciones por los médicos de medicina general y por los clínicos, en cambio los médicos de clínicas privadas declaran un promedio más alto.

El hallazgo de que en las clínicas privadas la eutanasia y las decisiones relacionadas con aquella sean raras mientras una decisión de no-tratar sea frecuente puede ser explicado, en parte, por el hecho de que los pacientes en clínicas privadas son con frecuencia extremadamente frágiles y cualquier enfermedad que les aflija, si no se trata con rapidez, puede producir la muerte. Otra explicación podría consistir en que los médicos de clínicas privadas son más reacios a aceptar la eutanasia.

DISCUSIÓN

Esta investigación demuestra que se pueden recoger datos de garantía sobre la eutanasia y otras decisiones relacionadas con el fin de la vida. Las tres diversas fuentes utilizadas para la recolección de datos produjeron resultados semejantes y los médicos colaboraron, independientemente de sus opiniones acerca de la eutanasia. Sólo el 9 % de los médicos seleccionados rehusaron cooperar en las entrevistas, principalmente por falta de tiempo (el término medio de duración de una entrevista era de dos horas y media). El 80 % de los entrevistados también tomaron parte en el estudio prospectivo, dando información casi completa de todas las defunciones de pacientes bajo su responsabilidad. El 76 % de los 7.000 cuestionarios fue contestado. No se dio ninguna remuneración económica por el tiempo empleado en rellenarlos, lo que representaba muchas horas en los estudios I y III. Esta impresionante cooperación por parte de la profesión médica holandesa es una indicación de que la eutanasia y otras decisiones referentes al fin de la vida se consideran temas importantes que merecen investigación y discusión ciertamente, muchos en-

trevistados lo comentaron así, mencionando que estas decisiones son de las más difíciles en la práctica médica.

Casi todos los estudios cuantitativos sobre la eutanasia se originan en los Países Bajos. No sabemos de otros estudios parecidos sobre alivio del dolor; los pocos que tratan de las decisiones de no-tratar provienen de los Estados Unidos. En los Países Bajos, se han hecho estudios diversos sobre las peticiones de eutanasia en la práctica de la medicina general. Los resultados de los cálculos oscilan de un 0,25 a 0,8 peticiones al año al médico generalista (8-10). En Amsterdam esta cifra llegó a 3 por cada médico generalista. En nuestro estudio se llega a 0,8. Van der Wal y otros, en su estudio sobre la frecuencia de la eutanasia en los Países Bajos, basado en la información dada por los médicos de medicina general, llegaron a la conclusión de que todos los años se dan unos 2.000 casos de eutanasia y suicidio asistido en la práctica médica. El número que corresponde a nuestro estudio es de 1.900. Otros cálculos sobre las defunciones por eutanasia varían de 5.000 a 20.000 por año, aunque su base son extrapolaciones de pocos e incompletos casos (4,13-16). No tenemos conocimiento de que se hayan publicado porcentajes de todas las defunciones por decisiones de no-tratar al paciente, pero Neu y Kjellstrand hallaron que un 22 % de todas las muertes en la sala de diálisis se debían a la suspensión de la diálisis a largo plazo (17), un estudio de pacientes en cuidado intensivo demostró que el 45 % de las defunciones precedía la interrupción o la suspensión del tratamiento (18), y en un estudio sobre el no-tratamiento de la fiebre en residencias asistidas, comprobaron que 81 de los 190 pacientes no habían sido sometidos a tratamiento alguno y de ellos 48 murieron como consecuencia de este no-tratamiento (19).

Nuestro estudio refuerza la idea de que la eutanasia debería ser analizada en un contexto más amplio de las decisiones referentes al fin de la vida. En los países donde la expectativa de vida es mayor y con altos niveles de asistencia médica, los pacientes y los médicos se enfrentarán a cuestiones sobre el abstenerse de prodigar más tratamiento, aun cuando éste pudiera haber prolongado la vida, y esto ocurrirá, con mayor frecuencia, a medida que las técnicas médicas para la prolongación de la vida abundan más y más. No debería denunciarse esto por sí mismo: es una consecuencia inevitable del desarrollo de la medicina. Nuevas formas de administrar opiáceos pueden contribuir a que la vida sea más tolerable e incluso pueden prolongarla. Además han mejorado las posibilidades de tener una muerte digna sin dolor intolerable o disnea. Pero a veces ha de encontrarse el equilibrio entre el alivio del dolor y la abreviación de la vida. A medida que los porcentajes de muerte cardiovascular disminuyan en los países del oeste, habrá más muertes por cáncer y los médicos se enfrentarán con mayor frecuencia a este tipo de decisiones.

Las peticiones de eutanasia y, en menor proporción, de suicidio asistido, por parte de pacientes con enfermedad fatal, no son raras en los Países Bajos. Muchos pacientes quieren cerciorarse de que su médico les ayudará a morir si su sufrimiento se vuelve insoportable. Nuestros hallazgos prueban que cerca de dos tercios de estas peticiones nunca llegaron a convertirse en serias y persistentes en un estadio posterior de la enfermedad, y en lo que se refiere a éstas, cerca de dos tercios de las mismas no conducen a la eutanasia o al suicidio asistido ya que el médico puede, con frecuencia, proporcionar otras alternativas. Muchos médicos que habían practicado la eutanasia afirmaron que tenían muy poca inclinación a practicarla de nuevo, refutando así el argumento de la *pendiente resbaladiza*. Solamente ante la presencia de un dolor insoportable y sin más alternativa, estarían dispuestos a obrar así. Muchos de ellos mencionaron que se necesita un lazo emocional para la eutanasia y esta puede ser la razón que justificase que la eutanasia fuera más común en la práctica de medicina general, pues en ésta el paciente y el médico llevan frecuentemente muchos años de trato mutuo y el médico ha tomado parte en los sufrimientos del paciente.

Pareció que las peticiones de eutanasia o suicidio asistido, cuando se ha accedido a ellas, son explícitas y casi nunca están sujetas a presiones de personas ajenas. Algunas veces, la muerte de un paciente fue acelerada sin su explícita petición persistente. Estos pacientes se hallaban muy próximos a la muerte y sufrían gravemente. En más de la mitad de estos casos, la decisión se había ya discutido con el

paciente o éste había declarado con anterioridad sus deseos de que se tomara esta medida bajo ciertas circunstancias. Cuando la decisión no había sido discutida con los pacientes, era porque no podían hacerlo. Es importante que los pacientes de una enfermedad fatal expresen sus deseos con anterioridad, pero para formarse una opinión precisarán, con frecuencia, la ayuda del médico.

Desde el punto de vista de un médico, se restringirá el uso de la eutanasia por el deseo del médico de encontrar alternativas, donde sea posible, pero no es imposible que el número de peticiones de eutanasia (y de no-tratamiento) aumente. La eutanasia y el suicidio asistido se hallaron más a menudo en muertes de hombres relativamente jóvenes y en las zonas urbanas del oeste de los Países Bajos, y esto puede indicar un cambio hacia una actitud más exigente de los pacientes en lo que se refiere al fin de la vida.

Las decisiones relacionadas con el fin de la vida se convertirán para los médicos en un tema de importancia creciente debido al problema del envejecimiento de la población, del aumento en las proporciones de defunciones por cáncer, del crecimiento del número de tecnologías para prolongar la vida, y, también, cambios generacionales y culturales en las actitudes de los pacientes. El cuidado médico de los enfermos, cuya muerte es inevitable, exige una combinación de competencia médica y cualidades humanas. El proceso que conduce a la toma de una decisión, en el cual el paciente, o los que actúan en su nombre, el personal de enfermería, el médico y otras personas, están involucradas, es muy íntimo. Es posible, sin embargo, identificar las estructuras y pautas subyacentes. Muchos corresponsales in-

dicaron que la calidad de sus decisiones, y especialmente el proceso de tomarlas acerca la eutanasia, se había visto beneficiada por la discusión pública en los Países Bajos. Las decisiones referentes al fin de la vida deberían recibir una creciente atención en los procesos de investigación, en la enseñanza y en el debate público. Una discusión abierta al público que ha de comenzar con el presupuesto de que las decisiones sobre el fin de la vida se toman ya y deben tomarse en cualquier país con estándares médicos elevados y con una profesión médica comprometida, contribuirá a mejorar la calidad de la asistencia a los moribundos.

Este estudio fue costado por el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Ayuda, Salud y Cultura Holandeses. Agradecemos a los miles de médicos holandeses que nos proporcionaron información para este estudio, a la Royal Dutch Medical Association, y al Chief Inspector of Health. También mostramos nuestro agradecimiento a los siguientes por su ayuda impagable: Department of Public Health and Social Medicine: M. C. M. van den Akker, G. J. Bossel, A. E. de Bruin, J. M. Eimers, A. F. C. Gerritsen, A. G. Griffioen-Kisjes, J. D. F. Habberna, M. J. P. van Hooft, H. M. van Lamsen, J. P. Mackenbach, H. G. M. Rijken, D. R. Le Sage, Th. E. van der Starre-Bout, K. A. M. Wissink, Central Bureau of Statistics: W. Begeer, J. T. P. Bonte, L. M. Friden-Kill, J. J. Glorim, A. Z. Israëli, W. A. M. de Joog, J. W. P. F. Kardaan, P. Kooiman, M. F. P. van der Poel, S. J. M. de Ree, E. van der Schoor, E. J. M. van der Splinter, H. K. van Tuinen, P. de Wolf, Commission of Inquiry into Medical Practice with Regard to Euthanasia: E. Borra Eilers, D. van Dijk, W. H. B. den Hartog Jager, A. Kors, S. A. de Lange, J. van Londen, J. J. M. Michels, J. Rummelink, T. M. Schalken, C. J. M. Schayt, And J. J. C. Pieters, C. Spreuwerberg, B. A. van Hout, A. B. Leussink, P. G. H. Mulder, W. Tijssen, J. B. Verouden, F. C. B. van Wijnen.

LH III-4 EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA*

Cesáreo Rodríguez-Aguilera

Este artículo razona la necesidad de regular jurídicamente el derecho de los pacientes en situación terminal frente a posibles abusos de la tecnología o de actuaciones médicas que prescindan de los criterios de los pacientes y sus percepciones de lo que más les conviene, para hacer frente a la muerte con dignidad.

CONSIDERACIONES GENERALES

La eutanasia es un tema de interés creciente entre nosotros. En el mes de enero de este año (1989) el Colegio de Médicos de Barcelona ha hecho público el resultado de una encuesta en la que, por amplia mayoría (más del ochenta por ciento), sus miembros se muestran partidarios de la regulación legal de la eutanasia, con referencia a los tres aspectos considerados como eutanasia pasiva por el Consejo de Europa: no comenzar o continuar un tratamiento cuando el enfermo, consciente y explícitamente, lo pida; no aplicar medidas excepcionales para prolongar artificialmente la vida de un enfermo irrecuperable; y aplicar tratamientos para mitigar el dolor, aunque éstos tratamientos, por su naturaleza, acorten la vida.

La regulación legal de estos supuestos, como decía por aquellas fechas un diario de gran circulación (*El País*, 23 enero 1989), pondría fin a la situación de discriminación que sufren muchos enfermos, sometidos al albur de que el médico que les atiende piense o no de determinada manera.

Desde mi primer artículo dedicado al tema de la eutanasia —aparecido en *La Vanguardia*, el día 10 de febrero de 1987—, he difundido mis ideas en múltiples ocasiones, procurando darles claridad y precisión, especialmente en un borrador de proyecto de ley, impulsado por mi doble condición de Senador y de jurista, y con el deseo de clarificar un tema que se presenta habitualmente confuso, por una serie de prejuicios, mitos y tabúes creados a su alrededor.

LOS LÍMITES DE LA EUTANASIA

El riesgo de la palabra eutanasia está en que se olvida su original significado —muerte sin sufrimiento físico—, para atribuirle otras acepciones, en unos casos propias de la eugenesia —aplicación de las leyes biológicas de la herencia al perfeccionamiento de la especie humana—, y en otros, equívocas o malintencionadas. Referir la noción de eutanasia, como a veces se ha hecho, a los crímenes nazis, entra en la zona de lo grotesco. Sin embargo, ha sido la réplica que, en ocasiones, han recibido las más razonables propuestas de regulación de algo que se presenta hoy con frecuencia en la vida diaria de nuestra sociedad.

El progreso económico y la utilización generalizada de medidas de higiene en las sociedades modernas, han llevado a una importante

* *Revista Jurídica de Catalunya* 1989; 88(4): 261-76.

paciente o éste había declarado con anterioridad sus deseos de que se tomara esta medida bajo ciertas circunstancias. Cuando la decisión no había sido discutida con los pacientes, era porque no podían hacerlo. Es importante que los pacientes de una enfermedad fatal expresen sus deseos con anterioridad, pero para formarse una opinión precisarán, con frecuencia, la ayuda del médico.

Desde el punto de vista de un médico, se restringirá el uso de la eutanasia por el deseo del médico de encontrar alternativas, donde sea posible, pero no es imposible que el número de peticiones de eutanasia (y de no-tratamiento) aumente. La eutanasia y el suicidio asistido se hallaron más a menudo en muertes de hombres relativamente jóvenes y en las zonas urbanas del oeste de los Países Bajos, y esto puede indicar un cambio hacia una actitud más exigente de los pacientes en lo que se refiere al fin de la vida.

Las decisiones relacionadas con el fin de la vida se convertirán para los médicos en un tema de importancia creciente debido al problema del envejecimiento de la población, del aumento en las proporciones de defunciones por cáncer, del crecimiento del número de tecnologías para prolongar la vida, y, también, cambios generacionales y culturales en las actitudes de los pacientes. El cuidado médico de los enfermos, cuya muerte es inevitable, exige una combinación de competencia médica y cualidades humanas. El proceso que conduce a la toma de una decisión, en el cual el paciente, o los que actúan en su nombre, el personal de enfermería, el médico y otras personas, están involucradas, es muy íntimo. Es posible, sin embargo, identificar las estructuras y pautas subyacentes. Muchos corresponsales in-

dicaron que la calidad de sus decisiones, y especialmente el proceso de tomarlas acerca la eutanasia, se había visto beneficiada por la discusión pública en los Países Bajos. Las decisiones referentes al fin de la vida deberían recibir una creciente atención en los procesos de investigación, en la enseñanza y en el debate público. Una discusión abierta al público que ha de comenzar con el presupuesto de que las decisiones sobre el fin de la vida se toman ya y deben tomarse en cualquier país con estándares médicos elevados y con una profesión médica comprometida, contribuirá a mejorar la calidad de la asistencia a los moribundos.

Este estudio fue costado por el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Ayuda, Salud y Cultura Holandeses. Agradecemos a los miles de médicos holandeses que nos proporcionaron información para este estudio, a la Royal Dutch Medical Association, y al Chief Inspector of Health. También mostramos nuestro agradecimiento a los siguientes por su ayuda impagable: Department of Public Health and Social Medicine: M. C. M. van den Akker, G. J. Bossel, A. E. de Bruin, J. M. Eimers, A. F. C. Gerritsen, A. G. Griffioen-Kisjes, J. D. F. Habberna, M. J. P. van Hooft, H. M. van Lamsen, J. P. Mackenbach, H. G. M. Rijken, D. R. Le Sage, Th. E. van der Starre-Bout, K. A. M. Wissink, Central Bureau of Statistics: W. Begeer, J. T. P. Bonte, L. M. Friden-Kill, J. J. Glorum, A. Z. Israëli, W. A. M. de Joog, J. W. P. F. Kardaan, P. Kooiman, M. F. P. van der Poel, S. J. M. de Ree, E. van der Schoor, E. J. M. van der Splinter, H. K. van Tuinen, P. de Wolf, Commission of Inquiry into Medical Practice with Regard to Euthanasia: E. Borra Eilers, D. van Dijk, W. H. B. den Hartog Jager, A. Kors, S. A. de Lange, J. van Londen, J. J. M. Michels, J. Rummelink, T. M. Schalken, C. J. M. Schayt, And J. J. C. Pieters, C. Spreuwenberg, B. A. van Hout, A. B. Leussink, P. G. H. Mulder, W. Tijssen, J. B. Verouden, F. C. B. van Wijnen.

LH III-4 EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA*

Cesáreo Rodríguez-Aguilera

Este artículo razona la necesidad de regular jurídicamente el derecho de los pacientes en situación terminal frente a posibles abusos de la tecnología o de actuaciones médicas que prescindan de los criterios de los pacientes y sus percepciones de lo que más les conviene, para hacer frente a la muerte con dignidad.

CONSIDERACIONES GENERALES

La eutanasia es un tema de interés creciente entre nosotros. En el mes de enero de este año (1989) el Colegio de Médicos de Barcelona ha hecho público el resultado de una encuesta en la que, por amplia mayoría (más del ochenta por ciento), sus miembros se muestran partidarios de la regulación legal de la eutanasia, con referencia a los tres aspectos considerados como eutanasia pasiva por el Consejo de Europa: no comenzar o continuar un tratamiento cuando el enfermo, consciente y explícitamente, lo pida; no aplicar medidas excepcionales para prolongar artificialmente la vida de un enfermo irrecuperable; y aplicar tratamientos para mitigar el dolor, aunque éstos tratamientos, por su naturaleza, acorten la vida.

La regulación legal de estos supuestos, como decía por aquellas fechas un diario de gran circulación (*El País*, 23 enero 1989), pondría fin a la situación de discriminación que sufren muchos enfermos, sometidos al albur de que el médico que les atiende piense o no de determinada manera.

Desde mi primer artículo dedicado al tema de la eutanasia —aparecido en *La Vanguardia*, el día 10 de febrero de 1987—, he difundido mis ideas en múltiples ocasiones, procurando darles claridad y precisión, especialmente en un borrador de proyecto de ley, impulsado por mi doble condición de Senador y de jurista, y con el deseo de clarificar un tema que se presenta habitualmente confuso, por una serie de prejuicios, mitos y tabúes creados a su alrededor.

LOS LÍMITES DE LA EUTANASIA

El riesgo de la palabra eutanasia está en que se olvida su original significado —muerte sin sufrimiento físico—, para atribuirle otras acepciones, en unos casos propias de la eugenesia —aplicación de las leyes biológicas de la herencia al perfeccionamiento de la especie humana—, y en otros, equívocas o malintencionadas. Referir la noción de eutanasia, como a veces se ha hecho, a los crímenes nazis, entra en la zona de lo grotesco. Sin embargo, ha sido la réplica que, en ocasiones, han recibido las más razonables propuestas de regulación de algo que se presenta hoy con frecuencia en la vida diaria de nuestra sociedad.

El progreso económico y la utilización generalizada de medidas de higiene en las sociedades modernas, han llevado a una importante

* *Revista Jurídica de Catalunya* 1989; 88(4): 261-76.

prolongación del promedio de vida. De otra parte, gracias al desarrollo de la técnica, el camino hacia la muerte se recorre hoy más lentamente. En ocasiones, sin embargo, esta técnica moderna puede llevar la prolongación artificial de la vida a estados de crueldad y dramatismo, a causa de lo que ha llegado a calificarse como encarnizamientos terapéuticos, cuyo rechazo social es notorio.

La opinión general estima preciso que se regulen legislativamente estas situaciones para permitir, en cualquier caso, a quienes lo expresen libre y conscientemente, una muerte natural, específicamente humana, sin la degradación de sufrimientos que para el paciente pueden resultar insostenibles.

La necesidad de una ley de esta naturaleza se fundamenta en la conveniencia de establecer, con todo el rigor que sea necesario, los límites de ese derecho, que en ningún caso es, ni será, el derecho de matar a nadie. Este derecho de matar a otro, mediante la pena de muerte, que muchos han defendido y siguen defendiendo, con apoyo en el Derecho natural y hasta en el Derecho divino, es algo que quienes defendemos la legalización de la eutanasia, repudiamos rotundamente. Nuestro deseo de una muerte digna es consecuencia de nuestro amor a una vida de igual clase. La muerte digna es la expresión última de una vida digna.

Se trata del reconocimiento de un derecho que el interesado podrá utilizar (o no hacerlo, si así lo desea) personalmente en cada momento, o mediante disposición testamentaria para el futuro —naturalmente siempre revocable— en estado de plena capacidad jurídica.

Una ley de eutanasia no abre la puerta a ninguna clase de excesos, ya que si éstos se producen —con ley o sin ella— podrán y deberán ser castigados.

La confusión en torno a la eutanasia es muy frecuente, y a menudo parece como si se quisiera aumentar. Con referencia a mis trabajos de divulgación de los derechos que para tales situaciones deben reconocerse a la persona, se ha llegado a hablar de «anuncio macabro»; de «activa conducta liquidadora de vidas humanas juzgadas indignas»; de que «la eutanasia tiene un antecedente claro, rotundo y prácticamente único en la Alemania de Hitler»; que la eutanasia «supone poner intencionadamente término prematuro a una existencia humana, en suma, matar a otro»; que «los objetivos no son evitar el dolor sino que son otros»; que «abre la puerta a unos excesos escalofriantes, como son la eliminación de los ancianos inútiles, de los enfermos psíquicos, etc.»; y dentro ya de estas apocalípticas premoniciones, se llega a afirmar que al aprobarse la ley (cuyo contenido se supone o se inventa) «el Gobierno no tendrá más remedio que importar verdugos».

Hay también argumentos honestos frente a la eutanasia con carácter general, a los que puede responderse como merecen, para descartar los infundados temores en que parecen apoyarse.

En ocasiones, la valoración positiva del dolor como vivencia del ser humano o como asunción del mismo por razones éticas o religiosas. Nada cabe objetar ante ello, sino advertir que a nadie se le negará tal asunción voluntaria, puesto que las medidas para evitarlo podrán libremente utilizarse o rechazarse.

Estimar, a veces, que la utilización de medidas de eutanasia, legalmente reconocidas, puede suponer una disminución del aprecio a las personas. Ello supone caer en el error de creer que no serán medidas voluntarias, o en el de asignarles un sentido opuesto al que realmente tienen, que es el de amor a las personas y a la vida ante su degradación.

Se ha expresado también el temor de que el reconocimiento legal de la eutanasia aumentará el número de suicidios. No parece que se trate de un razonamiento lógico. Los supuestos son bien distintos. Por otra parte, el aumento del número de suicidios ya existe y las situaciones que los producen —merecedoras de estudio— poco tienen que ver con las propias de la eutanasia.

EUTANASIA Y REALIDAD SOCIAL

Las diversas posiciones ante los problemas que la eutanasia plantea obligan, en todo caso, a un análisis profundo y sereno. Las sociedades modernas se enfrentan a diario con situaciones que exigen normas obligatorias para el respeto de las distintas opciones éticas que

pueden adoptarse. La conflictividad real que en numerosos casos se produce, obliga a que el Derecho establezca las soluciones adecuadas para cada caso.

La virtud de la encuesta reciente del Colegio de Médicos de Barcelona, hecha pública en enero de 1989, reside en la honestidad y claridad con que ha realizado sus planteamientos. En el folleto donde aparecen los resultados, se indica que «ante el anuncio del Senador Rodríguez-Aguilera de la elaboración de una Ley sobre eutanasia y ante la expectación y el interés que el tema ha suscitado y suscita», se ha realizado la encuesta «para que la opinión pública conozca el pensamiento del colectivo médico». En ella, por abrumadora mayoría, los médicos de Barcelona se muestran partidarios de la totalidad de las bases esenciales de mi borrador de proyecto de Ley. En la encuesta se consignan las nociones de eutanasia asumidas por los estudios llevados a cabo en el Consejo de Europa. Las propuestas aceptadas se formularon del siguiente modo:

1. No comenzar o detener un tratamiento cuando el enfermo lo solicite de manera seria y explícita.

(En mi borrador de proyecto de Ley añadido —para evitar una contradicción de nuestra Ley de 25 de abril de 1986—, «sin que esto suponga el alta del enfermo en el centro médico oficial correspondiente». Además, específico que se reconozca el derecho a «no ser objeto de alimentación forzada».)

2. No empezar, o suspender, un tratamiento cuando su inicio o continuación no tenga sentido, de acuerdo con los criterios médicos disponibles en la actualidad.

(En mi borrador, el precepto se formula con igual contenido, pero como derecho personal del enfermo.)

3. Comenzar el tratamiento que sea necesario y que por su naturaleza esté dirigido a mitigar el padecimiento grave de un enfermo, aunque su muerte sea, o pueda ser, acelerada a consecuencia de este tratamiento.

(En la redacción semejante de mi borrador añadido a este tercer precepto —para reconocer sin limitación alguna el derecho de objeción— que si el facultativo se abstuviere—, estará obligado a transferir el cuidado del paciente a otro profesional.)

También la mayoría de los médicos de Barcelona consideran en la encuesta —lo que constituye la cuarta y última de las bases esenciales de mi borrador de proyecto de Ley— que «en aquella situación en la que el enfermo padece un proceso irreversiblemente fatal y que no está en situación de decidir, la decisión ha de ser compartida entre médicos y familiares».

Desde estas bases, con el reconocimiento de la validez del testamento vital, y con las precisiones y ampliaciones que los representantes parlamentarios de todo el pueblo español decidan, dentro del democrático consenso mayoritario, debería regularse este nuevo derecho humano.

Ni las normas éticas ni las deontológicas son de obligado e ineludible cumplimiento, como lo son, por su naturaleza, las legales. Los criterios interpretativos de aquellas son individuales y diversos. Los de las leyes tienen siempre la objetividad y el imperio de la jurisprudencia. Aquéllas son el cauce de inevitables y no sancionables abusos y contradicciones. Ésas, las leyes, se imponen con criterios reiterados y objetivos, dentro de la igualdad de la justicia.

Para un adecuado análisis de estas cuestiones, me parece procedente exponer algunas consideraciones sobre el Derecho y los derechos de la persona; sobre la vida en general y, en concreto, la vida humana; y sobre la noción de eutanasia y las bases en las que, de acuerdo con la realidad social de nuestro tiempo, debería apoyarse un futuro reconocimiento legal de la misma.

DERECHOS Y DERECHOS

Hay una noción ideal del derecho y de la justicia, fuertemente arraigada en la conciencia del hombre, como una idea personalísima

de la perfección en las relaciones humanas. En el mundo de lo real, entre los diversos significados de la palabra derecho se puede destacar la referencia al conjunto de leyes de un país o sociedad determinada —su ordenamiento jurídico—, que los juristas denominamos *Derecho objetivo*; y el significado que se aplica al poder o facultad que a la persona individual se le concede, frente a los demás, lo que llamamos *derecho subjetivo*.

Téngase en cuenta, por otra parte, que en caso de conflicto de derechos entre personas, o entre éstas y los poderes del Estado, son los jueces y tribunales los que han de decidir los límites de la parcela de poder que a cada uno corresponde, con la consiguiente posibilidad de imponer ese derecho por la fuerza. Es el *derecho vivo* de la sentencia; la actualización de la realidad jurídica.

Existen, además, unos derechos de las personas, formulados con carácter general, frente al Estado, que suponen el reconocimiento expreso de la libertad, concesión graciosa de los antiguos poderes absolutos y exigencia firme de las modernas sociedades. Se trata de la expresión de una lucha de la persona frente al poder, por el reconocimiento de su dignidad. Son los llamados hoy *derechos humanos*.

Con carácter general y sistemático, la proclamación de los derechos de la persona deriva de la Declaración francesa de 1789. La Declaración universal de la ONU, de 1948, actualiza aquel reconocimiento y lo amplía considerablemente, al ser aceptado por la totalidad de los miembros integrantes, en la fecha indicada, de aquel organismo (salvo ocho abstenciones) y su aceptación posterior —al menos teórica— por la casi totalidad de los Estados. Y si bien es cierto que muchos de estos derechos humanos se violan, o no son reconocidos, en algunos Estados, la aceptación universal generalizada de los mismos, y la proyección de los modernos medios de comunicación, suponen un importante correctivo al abuso de poder que significa el desconocimiento de los derechos humanos.

La inevitable amplitud de las expresiones utilizadas al regular estos derechos, ha dado lugar a interpretaciones diversas, en perjuicio, con frecuencia, de los mismos derechos que se tratan de reconocer. La realidad tolerada o insuficientemente controlada, por otra parte, ha llevado —y lleva— a constantes violaciones de los derechos reconocidos, por muchos de los Estados que voluntariamente se obligaron «al respeto a estos derechos y libertades y a su aplicación efectiva». Organismos como la Comisión Internacional de Juristas, que controlan la aplicación de los derechos humanos en el mundo, exponen los negativos resultados de muchas de sus investigaciones; pero reconocen el gradual reconocimiento de estos derechos como textos obligatorios. Su desarrollo, a través de pactos internacionales, ha producido resultados concretos relativos a la eliminación del genocidio, de la discriminación racial y del «apartheid», aunque subsistan atropellos y violaciones.

Ocurre, además, lo que para unos es un derecho inalienable —los modernos derechos sociales, por ejemplo—, para otros puede ser un exceso inadmisibles —al menos, en determinados aspectos concretos—. O bien que la regulación determinada de una institución —matrimonio disoluble, pongamos por caso— choque con una concepción dogmática o sacralizada, o con la creencia de que se le daña de muerte o se desnaturaliza.

En las sociedades modernas el panorama se ofrece como una dinámica constante, como un progresivo avance, a veces lento, a veces con retroceso, pero inexorable.

Nuestra Constitución del 78 formula un reconocimiento de derechos y libertades como ninguna otra española anterior, aunque algunas de ellas lo hicieran en términos especialmente válidos para el tiempo en que fueron promulgadas. Muchos de estos derechos reconocidos en la Constitución han sido objeto de desarrollo y otros están pendientes de serlo, porque su carácter exige disposiciones de detalle, aunque nuestra suprema ley sea norma vigente en sí misma.

LEGITIMACIÓN DEL DERECHO

En las sociedades modernas, el Derecho tiene una legitimación muy distinta a la aceptada tradicionalmente. En ellas se ha pasado de la filosofía de las palabras a la filosofía de las obras (Adrián Berry), aunque, en cierto modo, coexistan. Tradicionalmente, la legitimación

del Derecho se ha apoyado en razones sobrenaturales. El Poder y el Derecho de él directamente emanado, se ha hecho proceder de la divinidad. Lo que ocurre es que los preceptos genéricos que se dicen de este carácter, han sido formulaciones abstractas o tan amplias que necesitan siempre del inevitable desarrollo humano (*Talmud* en el Derecho hebreo, *Cánones* en el cristiano, *Sunna* en el musulmán), pero el Derecho quedaba así aureolado de una fuerza mítica.

Hoy, el Derecho se reconoce como un producto de la sociedad a la que va destinado, en cuya elaboración ésta participa de un modo u otro. La legitimación del Derecho sólo puede encontrarse hoy en la conciencia colectiva o, si se quiere decir de otro modo, en las concepciones generales o generalizadas del grupo social (Diez Picazo).

El cambio derivado de la secularización del Estado moderno, supone la desmitificación del derecho y el expreso reconocimiento de que, tanto la ley como su aplicación, son cosa humana y exclusivamente humana.

El Derecho, por otra parte, es indispensable, y lo seguirá siendo, en la vida social. Las utopías sobre su extinción (al considerarlo exclusivamente como instrumento del Poder, y no, al mismo tiempo, como medio para la defensa de los derechos de la persona y de su libertad) están siendo hoy abandonadas, incluso como posibilidad lejana, ante el mejor conocimiento de la naturaleza del hombre: ser racional e irracional al mismo tiempo, producto de una muy larga evolución.

Hemos de pensar que hoy el Derecho es cosa de todos y entre todos hemos de irlo haciendo cada día. Si el Derecho se legitima a través del consenso social, hemos de mantener una acción constante de lucha por un Derecho mejor, por la conquista de todas aquellas parcelas que ayuden a nuestra dignidad y a nuestra libertad.

EUTANASIA Y VIDA HUMANA

Analicemos ahora, en relación con el tema central que nos ocupa —la eutanasia—, lo que realmente es la vida humana, a la que se refiere.

Es imposible, dice Pániker, entender mínimamente al animal humano, sin aportar simultáneamente los puntos de vista genético, ecológico, social y cultural.

La vida humana es algo muy complejo, en sí misma y porque se ha mitificado de manera radical. Sobre su origen, y sobre el origen de la vida en general, la ciencia moderna nos ha aportado importantísimos datos fehacientes. Para aproximarnos a lo que la vida es, me parece apropiado recordar algunos de ellos.

La edad de la Tierra se calcula en 4.500 millones de años. Se considera que las formas más elementales de vida aparecieron bien pronto relativamente, 500 millones de años después. Hay bacterias fósiles (una forma, en cierto modo, desarrollada de vida) de tres mil cien millones de años. Las primeras células, organismos ya bastante complejos, con sus «fábricas de proteínas, sistemas de transporte, centinelas, ejércitos, y un gobierno genético que mantiene el orden», como, con cierto sentido metafórico pero real, se ha dicho, aparecieron mil millones de años después de las primeras formas de vida, o sea hace ahora 3.000 millones de años. La duplicación de la célula, con la creación de otras nuevas con idéntica formación es, hasta ahora, uno de los grandes misterios de la vida, todavía no resueltos.

Las células, no solamente son nuestros antepasados más próximos, sino nuestro origen y nuestra totalidad física, puesto que nacemos de una sola y única célula (el cigoto de nuestra concepción, del que cada uno procede, por multiplicación progresiva del mismo) y estamos constituidos, a partir de la edad adulta, por cien billones de células.

Los genes, paquetes de información heredables, están localizados en el núcleo de la célula. Las células, en sus distintas especies, se relacionan entre sí y saben muchas cosas. Entre otras, cuándo han de detener su multiplicación.

La vida, con independencia de otras valoraciones, es una consecuencia natural de la evolución de la materia. A partir de 1953, elementos orgánicos —en cierto modo vida— pueden fabricarse en el laboratorio. Como dice el científico norteamericano Harlow Shapley, «somos hermanos de las rocas y primos de las nubes».

Una vez que la vida se ha puesto en marcha, el tiempo cósmico, los millones de años, las mutaciones genéticas, la adaptación y la selección natural hacen todo lo demás. La teoría de la evolución, con las importantes aportaciones de los últimos años, ya no es una teoría, es un hecho.

El hombre es el resultado azaroso de una evolución de la vida (y, antes, de la materia) a través de millones y millones de años. El biólogo Ernest Haeckel formuló una ley de recapitulación, según la cual la ontogenia (la vida del individuo desde su concepción) es una corta recapitulación de la filogenia (la vida toda desde su origen celular), aunque hoy sólo se asigne a la idea un sentido metafórico.

Pero hay algo más, o mucho más, en relación con la vida del hombre, con el hombre como ser vivo. Para casi todas las religiones, y para muchos filósofos, el hombre posee un elemento distinto que le caracteriza, frente a los demás seres vivos. Este elemento se ha llamado alma, espíritu, psique, mente... Se sabe hoy que algunos animales piensan y tienen una conciencia rudimentaria, pero nadie ha pensado que tengan alma o indicios de alma. A lo largo de la historia, la relación cuerpo-alma ha tratado de explicarse de modos muy complejos y diversos. «Hordas de metafísicos —dice Ferrater Mora—, especialmente después de Descartes, han derrochado toneladas de sutileza tratando de proporcionar explicaciones detalladas de tales interacciones». Pero lo cierto es, como el propio pensador español reconoce, que los callejones sin salida a que muchos filósofos han legado, ha llevado a otros a levantar bandera en favor de un reduccionismo materialista. La cuestión sigue pendiente.

Siendo el hombre un ser natural, y siendo los seres naturales entidades materiales, no hay más remedio que dar cuenta de las actividades humanas en términos de organización material. En este sentido, Américo Castro dice que el espíritu es la suma de los sentidos.

Dentro de la actitud religiosa, la noción de alma puede ser contemplada desde posiciones esencialmente distintas: alma como realidad espiritual únicamente, que regresa al Gran Cosmos al que esencialmente pertenece, o que se funde en el Todo; o bien, alma ligada a la idea de resurrección personal. Aunque ciertas actitudes humanas (nuestros místicos, por ejemplo) participen de una y otra de tan diversas concepciones.

En el antiguo Egipto, la muerte era como un nuevo nacimiento, en el que la naturaleza cambia y se participa de la divinidad. La estancia en la tierra es un simple paso para la ascensión al cielo. Como dice Papiro de Ani, el Libro Sagrado del Antiguo Egipto, «el hombre subsiste tras su muerte y sus actos se acumulan a su lado».

El cristianismo adopta esencialmente, en este punto, la doctrina de Platón y Aristóteles. Platón inaugura la idea de que el alma se puede concebir como divina, encerrada y prisionera en el cuerpo. En relación con la vida del hombre, el cristianismo la matiza y refuerza con la consideración de que el hombre es hijo de Dios y creado por Él a su imagen y semejanza.

La Enciclopedia católica dice que las almas son creadas por Dios en el momento en que las infunde en la materia, es decir, en los cuerpos. Sobre el momento en que esta creación de cada una de las almas se produce, ha habido teológicas diferencias a lo largo de la historia, predominando en la antigüedad la creencia de que tal hecho ocurría al tercero o cuarto mes, a partir de la concepción misma, es decir, a partir de la formación del cigoto o primera célula del futuro ser humano. El documento vaticano sobre la vida, de 22 de febrero de 1987, reafirma las ideas expuestas, la creación inmediata, por Dios, del alma en cada hombre, y el carácter sagrado (sobrenatural) de la vida humana.

Adoptar una postura u otra (hombre ser natural - hombre ser sobrenatural) puede dar lugar a criterios diferentes ante el hecho de la eutanasia, incluso ante el dolor físico o psíquico, ya que si se parte de la idea sobrenatural de una vida eterna después de la muerte, incluido un juicio final, el sufrimiento puede ser motivo de redención o mérito.

Pero así como esta idea debe ser aceptada y respetada por quienes no la comparten, los partidarios de ella deben aceptar y respetar igualmente la posición contraria y las decisiones que ello comporta, incluida la de disponer de la propia vida, eligiendo libremente el momento y los medios para finalizarla.

La idea del hombre como hijo de Dios, hecho por éste a su imagen y semejanza, integrado por un cuerpo y un alma, creada ésta en cada caso por Dios mismo, lleva al Derecho canónico medieval y a las legislaciones civiles que en él se inspiran a castigar el suicidio como un verdadero homicidio. En la práctica, el hecho se traducía en un proceso criminal contra el suicida (desenterrándolo, en ocasiones; para sacar sus despojos del lugar sagrado del cementerio), y en la confiscación de todos sus bienes.

La secularización de la vida en el Estado moderno, al menos en parte, lleva a las legislaciones a una nueva situación. Se deja de castigar el suicidio como tal, ya que desaparecido el culpable la pena carece de razón de ser; pero se castiga a quien ayuda al suicidio.

La muerte apaga toda clase de acusaciones, dice el Código francés de Instrucción Criminal, de 1808, tras la Revolución francesa. La idea de pecado es separada del delito. Desde el punto de vista personal es el interesado quien dispone de su vida; desde el punto de vista social, como dijera Enrico Ferri en 1905, un hombre no es más necesario a la colectividad que una simple célula, animal o vegetal, al organismo del que forma parte.

EUTANASIA Y DERECHO

El derecho a una muerte digna no está regulado en nuestro ordenamiento jurídico, aunque tal y como hoy se concibe no debe considerarse opuesto a ningún precepto constitucional. Antes al contrario, los valores superiores de nuestra Constitución —libertad, justicia, igualdad y pluralismo político—, relacionados con los derechos fundamentales garantizados en ella —libertad ideológica y religiosa, derecho al honor y a la intimidad personal, y a no ser, en ningún caso, sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes—, constituyen un cauce suficientemente amplio para su reconocimiento.

El derecho a una muerte digna supone el de elegir libremente el tratamiento adecuado en determinadas circunstancias. Se trata de un acto voluntario que exige la capacidad necesaria para tomar la decisión correspondiente, tras ser informado. Si a esto se añade que la persona que use de tal derecho debe hallarse en circunstancias de dolor y sufrimiento que le resulten insostenibles, nos encontramos ante la más adecuada noción de eutanasia, y de precisión de sus circunstancias, para su reconocimiento como un derecho humano.

La Asociación española para el derecho a una muerte digna, proclama, en primer lugar y de manera terminante —y éste es el criterio generalmente aceptado—, que este derecho ha de utilizarse mediante un acto personal, voluntario y libre, en estado de conciencia y capacidad psíquica plena.

En Holanda, donde la reivindicación del derecho a una muerte digna se ha planteado intensamente en los últimos años y donde llegó a redactarse un Proyecto de ley oficial (con la aquiescencia de los partidos políticos de centro y de izquierda, y de buena parte de la Iglesia), en el que se reconocía la eutanasia voluntaria, un tribunal de justicia condenó a una mujer que, a petición de la interesada, le había causado la muerte (Rotterdam, 1 de diciembre de 1981), pero, haciéndose eco del ambiente social favorable a la eutanasia, formuló una doctrina jurídica innovadora y creativa, más allá de la ley, pero enriquecedora de la justicia y del derecho, en la que precisa los requisitos que deben darse para que el «derecho de eutanasias», el derecho a una muerte digna, pueda ser ejercitado con ayuda de otra persona.

La posición judicial holandesa es, sin duda, razonable. Todo derecho precisa de unos límites para su ejercicio. Si en la ley no están o si el derecho se reconoce de nuevo (para llenar un vacío legal o para precisar una norma genérica), los Tribunales han de señalar sus circunstancias y requisitos. El Tribunal holandés exige para que la ayuda a morir pueda darse: a) que el paciente encuentre su propio sufrimiento, físico o mental, insostenible; b) que el sufrimiento sea incurable y firme el deseo de morir; c) que la decisión sea personal y libre, sin presiones exteriores; d) que el paciente conozca su dolencia y posibles soluciones alternativas. En la decisión para prestar la ayuda debe intervenir, al menos, un médico, que será quien proporcione o indique los medios para provocar la muerte, debiendo tomarse los máximos cuidados al objeto de producir una muerte dulce.

La no penalización de la ayuda al suicidio en Alemania Occidental, ha permitido a los tribunales de este país (tras una sentencia del Tribunal Superior de Munich, de abril de 1984) reconocer que: «El derecho a la propia decisión del paciente informado y capaz, y el deseo de una persona que quiere poner voluntariamente fin a su vida, deben ser considerados como equivalentes. Los médicos están obligados a respetar la voluntad del paciente, incluso si está inconsciente en el transcurso de una enfermedad terminal». La sentencia, confirmada por el Tribunal Supremo de Alemania Occidental, se dictó en un proceso seguido contra los doctores Hackethal y Henning Atrott, por haber posibilitado a una paciente que se suicidase, entregándole cianuro para ello. Tras la sentencia no se distinguen, en Alemania Occidental, los supuestos de que sea el médico quien dé la sustancia letal, o sea cualquier otra persona, si el enfermo capaz lo solicita libremente.

Por otra parte, un grupo de profesores, juristas y médicos, han formulado públicamente un Proyecto Alternativo de Ley de Eutanasia, que está influyendo positivamente en la doctrina alemana, científica y legal, y que acabará influyendo en la del resto de la Comunidad Europea. En él se recogen las prácticas socialmente admitidas y amparadas por la jurisprudencia.

TESTAMENTO VITAL

El pilar básico del concepto de eutanasia, es la libre voluntad del enfermo. En este sentido se viene utilizando en algunos países el llamado «testamento vital» o «disposición de eutanasia», documento en el que la persona expresa su voluntad de no ser sometida, en el caso de enfermedad o daño físico o psíquico grave que cause sufrimientos o incapacite para una existencia racional y autónoma, a tratamientos de prolongación artificial de la vida, solicitando, incluso, que se le administren cuantos fármacos sean necesarios para evitar dolores y sufrimientos, y que se utilicen, con tal objeto, todos los procedimientos disponibles, aunque ello pueda adelantar el momento de la muerte total.

La Asociación D.M.D. ha redactado un modelo de testamento vital, minuciosamente estudiado en relación a la vigente legalidad española. En su día, la regulación legal precisará los requisitos para su validez, la posibilidad de renovación, la procedencia de su registro, la validez temporal (si se estima conveniente) y cuantos aspectos garanticen su adecuada eficacia.

Dentro de nuestra legalidad actual, con apoyo en los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución y de acuerdo con los valores superiores de su ordenamiento jurídico, se estima que lo procedente sería reconocer validez al referido testamento.

Incluso se ha afirmado que si la persona, ante una situación que le hace la vida insostenible, haciendo uso de su capacidad de autodeterminación, solicita los medios para poner fin a tal estado, el Poder público que lo impidiera estaría infringiendo al doliente un ilegal trato inhumano.

Como todo derecho, la determinación de los límites legales de la eutanasia puede plantear importantes problemas. Igual ha ocurrido con la reciente regulación en España de los derechos al divorcio y al aborto. Es indudable que pudieron regularse de otro modo, pero el paso inicial ha sido dado, y con ello se han encauzado y ordenado racionalmente situaciones de sufrimiento evitable a través de la libertad de la persona.

Cabe pensar que para el reconocimiento legal del derecho a una muerte digna se haya de proceder también progresivamente. En cualquier caso, quienes hemos meditado sobre la cuestión y hemos adoptado determinadas conclusiones, lucharemos por su reconocimiento pleno y buscaremos el máximo apoyo social para su legitimación.

UNA POSIBLE LEY SOBRE EUTANASIA

Nuestro vigente Código Penal no considera el suicidio como delito, pero castiga (art. 409) con la pena de prisión mayor (entre seis y doce años) al que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide, y si la ayuda se presta hasta el punto de ejecutar el mismo la

muerte, la pena será de reclusión menor (entre doce y veinte años); es decir, en este último caso, como un homicidio. La jurisprudencia española ha acentuado, incluso, la dureza del precepto, pues en la sentencia del Tribunal Supremo, de 23 de junio de 1916, se dice que «el hecho de presenciar cómo el suicida escribía una carta despidiéndose de sus padres, y cómo se quitaba la vida, sin tratar de impedir el hecho, constituye un acto de auxilio».

En Alemania Occidental, como ya se ha indicado, no se castiga la ayuda al suicidio. Si de acuerdo con la ley, el suicidio no es delito y al suicida frustrado en ningún caso se le castiga, parece poco lógico castigar al auxiliador, o al que, según nuestra jurisprudencia, presencia imposible el hecho. En este sentido, el artículo 409 de nuestro Código Penal debería modificarse, excluyendo la ayuda, aunque manteniendo como sancionable, la inducción. Otras cuestiones serían las de carácter ético o moral. Pero moral y derecho son cosas distintas aunque relacionadas.

La moral tiene un campo más amplio que el derecho. El derecho es un mínimo de la ética. La moral tiene un carácter flexible, sin límites precisos. El derecho tiene siempre unos límites determinados; no hay pena sin tipo de delito establecido en el Código Penal. El estado moderno secularizado, consciente de la imprecisión y posible diversidad interpretativa en determinados aspectos de la moral, los deja para la decisión, en conciencia y en libertad, del ciudadano, y sólo asume para sus normas jurídicas aquel campo de la moral generalmente aceptado e indispensable para la convivencia social.

La ética hoy es cosa de todos, puesto que todos tenemos interés en ella, y lo mismo que el derecho, su legitimación sólo puede hallarse en la sociedad que la configura y a la que va destinada.

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, dice el artículo 15 de la Constitución, y añade: sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura, ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

No creo que el legislador español pensara en la eutanasia al consignar el último párrafo del artículo, pero como las leyes adquieren vida propia una vez promulgadas y han de ser interpretadas conforme a la realidad social de cada momento, la norma constitucional citada, junto con otras de igual naturaleza, me parecen un posible respaldo para una futura ley española —que no debería demorarse— de eutanasia voluntaria, ahorrando con ello a nuestras gentes muchos dolores diarios, inhumanos y degradantes.

En la Ley General de Sanidad, de 24 de abril de 1986, se reconoce el derecho a que la personalidad, dignidad humana e intimidad sean respetadas (art. 10-1); a la libre elección por el enfermo entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del enfermo para la realización de cualquier intervención, salvo determinadas excepciones (art. 10-6); a negarse el enfermo al tratamiento, salvo en casos excepcionales establecidos (art. 11-4). Derechos todos ellos en los que, básicamente, se reconoce el principio de libre disposición del propio cuerpo.

No obstante, en la propia ley se dispone algo que en buena parte los desvirtúa. Serán obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario (art. 11-4): Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la Dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta.

Al enfermo no le queda la opción, en tales casos, de imponer un tratamiento distinto formulado por otro facultativo. La Ley de Sanidad no contempla, en los preceptos citados, la posibilidad de una vía para determinados supuestos de eutanasia; pero de haberse reconocido en otros términos el derecho del enfermo a disponer su tratamiento, en determinadas circunstancias, sin la restricción que supone el poder ser dado de alta si rechaza el que se le proponga, una jurisprudencia progresiva podría haber sancionado cierta forma de eutanasia que respondiera a la realidad social de nuestro tiempo, como ha ocurrido en Holanda y Alemania Occidental. Aunque entre nosotros, como pone de relieve el profesor Joan J. Queralt (*Anuario de Derecho penal*, enero-abril 1988), «la tradición de la teología católica oficial ha influido en excesiva medida en la jurisprudencia más tradicional en este y otros aspectos, sobre los que dicha teología

reclamaba el monopolio de la dispensa de patentes de licitud verdaderas».

En cualquier caso, el camino más adecuado para el reconocimiento y regulación de la eutanasia debe ser el de la promulgación de una ley. En ella habrá de tenerse en cuenta la inseguridad jurídica de nuestra situación actual, los estudios del Consejo de Europa y el camino seguido por algunos de los países que integran la Comunidad.

BORRADOR DEL PROYECTO

Con la colaboración de mis amigos de la Asociación D.M.D. y la de otros de distintas profesiones, especializados o interesados en la cuestión, he redactado, tras un largo proceso de preparación, un «Borrador de proyecto de ley sobre tratamiento médico en determinadas circunstancias». En el preámbulo, a modo de exposición de motivos, se analiza la situación del problema, acentuado por la fácil prolongación artificial de la vida, sin regulación legal determinante de los derechos del principal afectado —el enfermo— ante tales situaciones; se pone de relieve la reivindicación, cada día más amplia e intensa, del derecho de la persona para disponer de su tratamiento médico en tales circunstancias, como un nuevo derecho humano, ante situaciones en las que se oponen resistencias y dificultades al ejercicio de tal derecho; y se recuerda que los sondeos realizados son reveladores de una acogida favorable al pleno reconocimiento de tales derechos, cuando el planteamiento se ha formulado de manera inequívoca, habiéndose constituido asociaciones para defender el derecho de los enfermos terminales a morir pacíficamente y sin sufrimientos, si éste es su deseo libremente expresado.

Frente a ciertos anacronismos ideológicos, se ha recordado que si la moral y el derecho son hoy cosa de todos, y su legitimación está en el consenso mayoritario libremente expresado, como ocurre entre nosotros por virtud de la Constitución de 1978, los problemas derivados de principios que otorgan al sufrimiento determinadas finalidades o de quienes consideran su moral como exclusiva y excluyente, no tienen otra réplica que el respeto, para ellos, de su propia conducta, aunque con la reivindicación, para los demás, de la que también les es propia.

En este sentido, todas las facultades que en el texto se otorgan a quienes de ellas quieren hacer uso, incluyen el respeto de la total abstención para quienes las rechazan.

Por último, se estima que el texto proyectado trata de atender la demanda social que reclama el derecho a una muerte digna, que evite sufrimientos inútiles e insostenibles para quien los padece, con la precisión de las circunstancias y requisitos que en tales casos deben darse, así como otros aspectos relacionados con la indicada situación y el tratamiento médico en ellos procedente.

La propuesta de texto articulado se formula del siguiente modo:

1.º Todo enfermo mayor de edad y jurídicamente capaz, tiene derecho a elegir su tratamiento médico y rechazar el que se le proponga, incluida la decisión de que no se le apliquen o que se le retiren medios o procedimientos que prolonguen artificial o mecánicamente su vida, así como la de no ser objeto de alimentación forzada. La no aceptación de un tratamiento no supone necesariamente el alta del enfermo en el correspondiente centro sanitario. Si el paciente se encontrara en estado inconsciente, o fuera un menor o un incapacitado mental, el

facultativo deberá consultar a su tutor o parientes más próximos y, de acuerdo con ellos, decidirá la conducta a seguir. Si hubiera testamento vital, se tendrá en cuenta su contenido para adoptar la decisión procedente.

2.º Con independencia de anterior manifestación de voluntad en testamento vital, en el caso de enfermedad o daño físico o psíquico grave, que cause a una persona sufrimientos que le resulten insostenibles, podrá ésta solicitar del médico que se le facilite o administre tratamiento paliativo (sedantes, analgésicos, procedimientos quirúrgicos, etc.) en cantidad y calidad suficientes, aunque ello no impida o acelere su natural proceso hacia la muerte. El facultativo que exprese su disconformidad con este tratamiento podrá abstenerse de prestarlo y quedará exento de responsabilidad, siempre que transfiera el cuidado del paciente, sin dilación, a otro profesional.

3.º El tratamiento anteriormente indicado habrá de hacerse previa comunicación al familiar o familiares más próximos del paciente, tras la petición reiterada de éste, después de conocer el carácter de su enfermedad, así como las perspectivas y posibles soluciones alternativas a la misma.

4.º En ningún caso las conductas enunciadas en los artículos precedentes podrán considerarse suicidio o colaboración y ayuda al mismo.

5.º Para el ejercicio de los indicados derechos podrá utilizarse cualquier medio (verbal, escrito o grabado), incluso el llamado testamento vital, que podrá ser revocado en cualquier momento. El testamento vital podrá formalizarse ante notario o ante dos testigos, debiendo figurar en él la fecha, lugar, datos personales del interesado y la decisión sobre su tratamiento médico en circunstancias de enfermedad o daño físico o psíquico grave.

6.º Ninguna persona, institución, médico o ayudante, que cumpla con lo dispuesto en un testamento vital o personalmente por el paciente, dentro de los límites que en la presente ley se establecen, tendrá por ello responsabilidad de clase alguna.

7.º Los testigos no podrán ser herederos legítimos o testamentarios del titular del documento, ni el médico asistente, o miembro por cualquier concepto de la institución sanitaria donde se encuentre o resida el interesado. Tampoco podrán serlo los familiares hasta el cuarto grado de dichos facultativos y dependientes.

8.º El ejercicio de los derechos reconocidos en esta ley no limitará ni modificará en modo alguno los efectos de cualquier tipo de contrato de seguro de vida del interesado.

9.º La persona que no cumpla o que oculte o falsifique un testamento vital o la revocación del mismo, será castigada como autora de un delito de coacciones, con independencia de cualquier otro que de tal conducta pudiera derivarse.

Se formula, por último, una norma derogatoria de las disposiciones que se opongan a cuanto se establece.

Los principios básicos de la ordenación que se ofrece coinciden, en lo esencial, con los que se han utilizado en la encuesta realizada por el Colegio de Médicos de Barcelona, aceptados por amplia mayoría. Ambos han seguido las nociones y reglas ofrecidas por el Consejo de Europa. Tales apoyos permiten pensar que se ha logrado la finalidad para la que fue concebida: servir de estímulo y esquema utilizable para un futuro proyecto de ley.

EUTANASIA Y MUERTE DIGNA

Francesc Abel, S.J.

Extracto y actualización de un artículo del mismo autor publicado en La Vanguardia, Suplemento Dominical, el 26 de mayo de 1985. Se buscan las razones de base de los movimientos en favor de la legalización de la eutanasia activa y del suicidio asistido y se pone un tela de juto que una ley reguladora cumpliera sus objetivos bien intencionados.

No creo que sea el dolor físico insoportable el que lleve a muchos o algunos pacientes con procesos crónicos de pronóstico fatal y a enfermos terminales a desear la muerte antes que seguir viviendo. Es, generalmente, el desánimo, la depresión, la soledad y el sentimiento de «ya no servir para nada salvo estorbar» el que alimenta el deseo de morir. Es el silencio ante la realidad, o la palabra vacía y la presencia huidiza de médicos y familiares cuando el pronóstico es fatal. Es la falta de preparación de los equipos que han de tratar a enfermos moribundos para abordar adecuadamente los aspectos no técnicos la causa de que permanezca la angustia de la que los profesionales de la medicina son a la vez víctimas y agentes involuntarios. Es la falta de condiciones en los centros donde se atienden a enfermos terminales para poderlos atender adecuadamente llegado el momento. Es la angustia y la desazón lo que impulsa a muchos médicos a seguir tratando agresivamente la enfermedad de un paciente, hasta olvidar que su bien integral exige otra conducta. Es la ignorancia de quienes han seguido los enormes progresos de la medicina pero que desconocen el riesgo y, a veces, el elevado precio de sufrimiento no deseado ni pretendido, para entrar a formar parte de quienes el tratamiento resulta un éxito, la que hace más difícil la relación del familiar con el equipo médico. Y es la negligencia en informar adecuadamente lo que incrementa la angustia y el dolor moral y convierte la relación médico-paciente y sobre todo la relación del entorno familiar con el médico en una espiral creciente de desconfianza. Muy a menudo, sólo la presencia de enfermeras competentes y capaces de «empatizar» con el enfermo alienta la esperanza del moribundo de seguir formando parte de la comunidad humana que le acepta y acompaña.

Son las dudas y complejos sentimientos de culpabilidad individual y familiar las que fuerzan a exigir después de la muerte de un ser querido las explicaciones y la colaboración que no se supo buscar en vida. Es, en fin, la deshumanización de la vida y la mentalidad técnico-pragmática, que huye del sentido de la existencia, lo que aparece ante nuestros ojos cuando un ser querido nos abandona y nos obliga a confrontar la que un día será nuestra muerte y cómo se producirá. Surge entonces del interior mismo del ser el deseo de reclamar el derecho a asumir la muerte como persona, responsablemente, como criatura que recibe a la muerte como algo intrínseco a su condición de mortal —y para el creyente como venida de la voluntad de Dios— es decir el derecho a morir con dignidad.

Esencial para poder asumir responsablemente el proceso de morir es que el hombre conserve su ámbito de libertad suficiente. Esto conlleva derechos y correlativas obligaciones por parte del personal que lo atiende. Estos derechos, que no especificaremos en este artículo, son: el derecho a saber que va a morir, el derecho a rehusar tratamiento; el derecho a expresar su fe, libre de toda coacción externa; el derecho a mantener la conciencia lo más cerca posible de la frontera de la muerte. Cada uno de estos derechos necesita explicación de su ámbito y de sus límites, sobre todo cuando se trata

de especificar los deberes correlativos de los médicos. Sirvan como ejemplo las siguientes consideraciones: a) el decir la verdad inoportunamente, de manera completa y sin tener en cuenta el momento del paciente para recibirla, es una crueldad que nada tiene que ver con el deber ético de informar; b) aceptar que un enfermo rehúse un tratamiento sin procurar que conozca bien en qué consiste, beneficios y riesgos, etc. no es ninguna ayuda al ejercicio de este derecho, que requiere una decisión lúcida y un juicio esclarecido...

Corresponde a la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe el mérito de haber conseguido una de las más claras formulaciones sobre los derechos y deberes de los cristianos ante la aceptación o rechazo de medidas terapéuticas en función de la dignidad de la persona humana. En el Documento sobre la Eutanasia fechado el 5 de mayo de 1980, y en el apartado sobre el uso proporcionado de los medios terapéuticos, se dan importantes normas de las que transcribimos algunos párrafos:

- En cada caso se podrán valorar los medios —proporcionados o desproporcionados— poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.
- A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar así ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad.
- Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; éstos podrán, sin duda, juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.
- Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina pueda ofrecer. No se puede, por tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque esté ya en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o a la colectividad.
- Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por eso el médico no tiene motivo de angustia como si no hubiera prestado atención a una persona en peligro.

En este mismo documento la S. Congregación para la Doctrina de la Fe condenaba la eutanasia que definía como «la acción u omisión que por su naturaleza o en la intención causa la muerte con el fin de eliminar cualquier dolor». La gravedad de la eutanasia, así definida, se mantiene en aquellos casos en los que el dolor prolongado e insoportable induce a alguien a pensar que puede legítimamente pedir la muerte o procurarla a otros. Se reconoce con todo que la responsabilidad personal puede quedar disminuida e incluso no existir. También se condena el suicidio, si bien se contempla el dato

de que hay suicidios que por su dinamismo obedecen a factores psicológicos que atenúan o quitan toda responsabilidad.

Las razones que en tiempos pasados justificaron la creación de Asociaciones en favor de la Eutanasia Voluntaria, y que en la práctica intentaban impedir sufrimientos innecesarios o inaceptables por los pacientes, no tendrían razón de ser si se cumplieran las normas dictadas por la Iglesia y por los Colegios Médicos.

Incluso aceptando la pérdida de capacidad autorreguladora de la profesión por parte de los Colegios Médicos, muchos nos cuestionamos, por razones y perspectivas diferentes, la necesidad y conveniencia de una ley que permita la eutanasia activa y el suicidio asistido. Sin embargo, según una encuesta de opinión del Colegio de Médicos de Barcelona, publicada en enero de 1989, el 82,3 % de los médicos están de acuerdo en una regulación legal de la práctica de la eutanasia: un 52,3 % de los médicos considera que ha de permitirse la eutanasia pasiva y prohibirse (¿penalizarse?) la eutanasia activa; el 43,2 % considera que la eutanasia activa y la pasiva tienen que permitirse. Ahora bien, cuando se analizan los supuestos de aplicación de la eutanasia activa, el 90 % de los médicos está en contra. ¿Significa esto que un porcentaje elevado de médicos del colegio de Barcelona desea una legislación que controle el recto proceder médico, despenalice la eutanasia activa a la cual menos de un 10 % confiesa que estaría dispuesto a colaborar? Tengo mis dudas de que las respuestas respondan a la realidad. La falta de rigor terminológico y a veces conceptual de la encuesta puede haber creado confusión, así como el tipo de muestra, que puede no ser representativa del criterio de los médicos con experiencia suficiente en la atención a pacientes terminales.

Es suficiente haber visto como un paciente que ha deseado ardentemente morir cambia su decisión y perspectiva cuando es cuidado y atendido de manera adecuada para comprender que no va a ser la fuerza de la ley, sino mejorar las condiciones de asistencia, las que pueden cambiar totalmente el clima de la atención a los moribundos y enfermos terminales. Es suficiente haber contemplado lo que han conseguido los llamados «Hospices» en la Gran Bretaña para cuestionarse la utilidad de los movimientos de eutanasia voluntaria. Y es suficiente haber atendido a las reacciones de pacientes que han recido y madurado espiritualmente y humanamente en estadios terminales de enfermedad para comprender que el verdadero problema

no se centra en conseguir la legislación de la eutanasia sino en corregir los defectos del sistema sanitario y estimular a todos los ciudadanos a comprender el alcance del deber de solidaridad humana para superar digna y humanamente los errores que una mentalidad tecnológica puede introducir en el tratamiento de enfermos terminales.

Si la idea de la legislación prosperara, sería muy de desear una opinión pública bien informada y objetivamente informada de los bienes y males que podrían seguirse. De hecho, todos deseamos conservar nuestra dignidad en el proceso que corona nuestra vida y, en cierta manera, la configura y da sentido. Pero son muy pocos los que tienen prisa en morirse para que se justifique cambio tan grave, que puede tener un costo social elevadísimo si se rompe la confianza que ha presidido hasta ahora la relación médico-paciente.

Con todo queda en el aire un inquietante interrogante, abierto por el desarrollo tecnológico y las posibilidades de su uso y abuso.

NOTA FINAL

Para información de los lectores ofrecemos las definiciones clásicas de eutanasia y distanasia:

Eutanasia activa: Acción que por su naturaleza o en la intención causa la muerte con el fin de eliminar cualquier dolor.

Eutanasia pasiva: La supresión de los medios extraordinarios o desproporcionados a un paciente cuya situación es irreversiblemente fatal.

Eutanasia indirecta: Cumplir con el deber de aliviar el dolor del paciente aunque la utilización de las drogas que puedan calmarlo tengan como efecto una aceleración del proceso de muerte. No se trata de matar al paciente para que no perciba el dolor sino de eliminar el dolor aunque se arriesgue justificadamente la aceleración de la muerte. Ampliamente y éticamente practicada se encuentra con dificultades teóricas en algunas legislaciones.

Distanasia: Utilización de las máximas posibilidades terapéuticas cuando han dejado de tener este carácter si se tiene en cuenta la totalidad de la persona del paciente, ya que no le son de ningún beneficio, y sólo consiguen prolongar biológicamente su vida. Se le llama también encarnizamiento terapéutico. Con una conducta distanásica no se alarga la vida sino el proceso de morir.

IV.

Documentación



*for
1980
I. 1980*

LH

IV-1

POSICIÓN DE LA IGLESIA CATÓLICA ANTE EL EMPLEO DE ANESTÉSICOS CON FINES QUIRÚRGICOS

Discurso del Padre Santo Pio XII en respuesta a tres preguntas religiosas y morales concernientes a la analgesia.

(24 de febrero de 1957)

Écclesiae 1 (1957), 237-243.

El IX Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología, que tuvo lugar en Roma del 15 al 17 de octubre de 1956, por intermedio del presidente del Comité Organizador, profesor Piero Mazzoni, nos ha formulado tres preguntas que contemplan las implicaciones religiosas y morales de la analgesia en relación con la ley natural y sobre todo con la doctrina cristiana contenida en el Evangelio y propuesta por la Iglesia.

Estas preguntas, de interés innegable, no dejan de suscitar reacciones intelectuales y afectivas en los hombres de hoy; particularmente entre los cristianos se manifiestan tendencias muy divergentes a este respecto. Pues mientras unos aprueban sin reserva la práctica de la analgesia, otros se inclinan a rechazarla sin distinciones, porque contradice el ideal del heroísmo cristiano; más aún: otros, sin sacrificar nada de este ideal, están dispuestos a adoptar una posición de compromiso. Por estas razones se nos pide que expresemos nuestro pensamiento en relación con los puntos siguientes:

1. ¿Hay obligación moral general de rechazar la analgesia y aceptar el dolor físico por espíritu de fe?
2. La privación de la conciencia y del uso de las facultades superiores, provocada por los narcóticos, ¿es compatible con el espíritu del Evangelio?
3. ¿Es lícito el empleo de narcóticos, si hay para ello una indicación clínica, a los moribundos o enfermos en peligro de muerte? ¿Pueden ser utilizados aunque la atenuación del dolor lleve consigo un probable acortamiento de la vida?

NATURALEZA, ORIGEN Y DESARROLLO DE LA ANESTESIA

El advenimiento de la cirugía moderna fue señalado, a mediados del siglo pasado, por dos hechos decisivos: la introducción de la antisepsia por Lister, una vez que Pasteur hubo probado el papel de los gérmenes en el desencadenamiento de las infecciones, y el descu-

brimiento de un método eficaz de anestesia. Antes que Horacio Wells hubiera pensado en utilizar el protóxido de nitrógeno para adormecer a los enfermos, los cirujanos se veían obligados a trabajar rápida y someramente sobre un hombre que se debatía presa de atroces sufrimientos. La práctica de la anestesia general iba a revolucionar este estado de cosas y permitir intervenciones largas, delicadas y a veces de una audacia asombrosa; iba a asegurar, en efecto, tanto al operador como al paciente, condiciones primordiales de calma y tranquilidad y el silencio muscular indispensable para la precisión y la seguridad de toda intervención quirúrgica. Pero, al mismo tiempo, imponía una cuidadosa vigilancia de las actividades fisiológicas esenciales del organismo. La anestesia, en efecto, se apodera de las células y reduce su metabolismo; suprime los reflejos de defensa y hace que sea más lenta la vida del paciente, ya comprometida más o menos gravemente por la enfermedad y por el traumatismo operatorio. Por otra parte, el cirujano, plenamente absorbido por su trabajo, habría de tener en cuenta, a cada instante, las condiciones generales de su paciente; sería responsable, sobre todo en caso de operaciones particularmente graves. De este modo, a la vuelta de algunos años, vino a nacer una nueva especialización médica, la del anestesador, llamada a ejercer una función creciente en la organización hospitalaria moderna.

FUNCIÓN DEL ANESTESIADOR

Función frecuentemente recatada, casi desconocida del gran público, menos brillante que la del cirujano, pero igualmente esencial. Ya que, efectivamente, el enfermo le confía su vida para que le haga atravesar con la mayor seguridad posible el momento penoso de la intervención quirúrgica. El anestesador debe, ante todo, preparar al paciente en el aspecto médico y en el psicológico. Ha de informarse con cuidado de las particularidades de cada caso, a fin de prever eventuales dificultades que la debilidad de uno u otro órgano podría originar; ha de inspirar confianza al enfermo, solicitar su colaboración y proporcionarle una medicación destinada a calmarlo y a preparar el organismo. El es quien, de acuerdo con la naturaleza y la duración de la operación, ha de escoger el anestésico más adecuado y el medio de administrarlo. Pero, sobre todo, en el curso de la intervención, será incumbencia suya velar de cerca sobre el estado del paciente; queda, por decirlo así, en acecho de los más ligeros síntomas, para saber exactamente el grado a que llega la anestesia y seguir las reacciones ner-

viosas, el ritmo de la respiración y la presión sanguínea; para prevenir toda posible complicación, espasmos laríngeos, convulsiones, perturbaciones cardíacas o respiratorias.

Cuando termina la operación, empieza la parte más delicada de su trabajo: ayudar al enfermo a recobrar el sentido, evitar los accidentes, tales como la abstracción de las vías respiratorias y las manifestaciones de *shock*, y administrar los líquidos fisiológicos. Debe, pues, el anestesiadador unir al conocimiento perfecto de la técnica de su arte grandes cualidades de simpatía, de comprensión, de consagración, no sólo con miras a favorecer todas las disposiciones psicológicas útiles al buen estado del enfermo, sino también movido por un sentimiento de verdadera y profunda caridad humana y cristiana.

VARIEDAD Y PROGRESO DE LOS ANESTÉSICOS

Para desempeñar su oficio, dispone hoy el anestesiadador de una gama muy rica de productos, algunos de ellos conocidos desde hace largo tiempo, y que han sufrido con éxito la prueba de la experiencia, mientras otros, fruto de investigaciones recientes, aportan su contribución particular a la solución del arduo problema de suprimir el dolor sin producir daño al organismo. El protóxido de nitrógeno, cuyo valor no logró hacer reconocer Horacio Wells cuando lo experimentó en el hospital de Boston en 1845, sigue conservando un puesto honorífico entre los agentes de uso corriente en la anestesia general. Juntamente con el éter, ya utilizado por Crawford Long en 1842, Tomás Morton hacia sus experimentos en 1846, en ese mismo hospital, pero con más feliz resultado que su colega Wells. Dos años más tarde, el cirujano escocés Jaime Simpson probaba la eficacia del cloroformo; pero sería el londinense Juan Snow quien más habría de contribuir a propagar su empleo. Una vez transcurrido el período inicial de entusiasmo, las fallas de estos primeros anestésicos se revelaron claramente; pero hubo que aguardar el fin del siglo para que apareciera un nuevo producto, el cloruro de etilo, también insuficiente cuando se desea una narcosis prolongada. En 1942, Luckhardt y Carter descubrieron el etileno, el primer gas anestésico, resultante de una investigación sistemática de laboratorio, y cinco años más tarde entraba en uso el ciclopropano, que se debió a los trabajos de Henderson, Lucas y Brown; su acción rápida y profunda exige de quien lo utiliza un conocimiento perfecto del método de circuito cerrado.

Si bien la anestesia por inhalación posee una supremacía bien establecida, desde hace un cuarto de siglo tiene que hacer frente a la competencia creciente de la narcosis intravenosa. Muchos ensayos intentados en tiempo pasado con el hidrato de cloral, la morfina, el éter, y el alcohol etílico dieron resultados poco alentadores y a veces aun desastrosos. Pero, a partir de 1925, los compuestos barbitúricos comenzaron a ser objeto de experiencias clínicas y se afirmaron netamente una vez que el evipán hubo demostrado las ventajas indiscutibles de este tipo de anestésicos. Con éstos se evitan los inconvenientes del método empleado por vía respiratoria, la impresión desagradable de ahogo, los peligros del período inicial de inducción, las náuseas al despertar y las lesiones orgánicas.

El pentotal sódico, introducido en 1934 por Lundy, aseguró el éxito definitivo y la difusión más amplia de este método de anestesia. Ya desde entonces los barbitúricos se utilizan ya solos, para intervenciones de corta duración, ya en *anestesia combinada* con el éter y el ciclopropano, cuyo período inicial acortan, permitiendo reducir su dosis y sus inconvenientes; a veces se emplean como agente principal, y sus deficiencias farmacológicas se compensan usando protóxido de nitrógeno y de oxígeno.

LA CIRUGÍA CARDÍACA

La cirugía cardíaca, en la que se registran ya desde hace algunos años progresos espectaculares, plantea al anestesiadador problemas particularmente difíciles, puesto que supone, como condición general la posibilidad de interrumpir la circulación sanguínea durante un tiempo más o menos largo. Además, como esta cirugía interesa un órgano sumamente sensible y cuya integridad funcional viene a comprometerse seriamente, el anestesiadador debe evitar todo lo que podría

entorpecer el trabajo del corazón. En los casos de estenosis mitral, por ejemplo, tendrá que prevenir las reacciones psíquicas y neurovegetativas del enfermo mediante una medicación sedante previa. Habrá de evitar la taquicardia por medio de una preanestesia, junto con un ligero bloqueo parasimpático; en el momento de la comisurotoma, valiéndose de una oxigenación abundante, reducirá el peligro de anoxia y vigilará muy de cerca el pulso y las corrientes de acción cardíaca.

Pero otras intervenciones requieren, para su feliz realización, que pueda el cirujano trabajar sobre un corazón axangüe, interrumpiendo la circulación por más de tres minutos, que normalmente se necesitan para que aparezcan las lesiones irreversibles del cerebro y de las fibras cardíacas. Para remediar uno de los defectos congénitos más frecuentes, la persistencia del orificio de Botal, se ha empleado desde 1948 la técnica quirúrgica llamada *de cielo cubierta*, que presentaba los riesgos evidentes de toda maniobra hecha a ciegas. Dos métodos nuevos, la hipotermia y el empleo del corazón artificial, permiten ahora operar bajo visión directa, descubriendo así en este campo bellas perspectivas. Se ha comprobado, efectivamente, que la hipotermia va acompañada de una disminución en el consumo de oxígeno y en la producción de anhídrido carbónico proporcional al descenso de la temperatura del cuerpo. En la práctica, tal descenso no ha de rebasar los 25 grados, para que no se altere la contractibilidad del músculo cardíaco y, sobre todo, para que no aumente la excitabilidad de las fibras miocárdicas y el peligro de que se produzca una fibrilación ventricular difícilmente reversible. El método hipotérmico permite provocar el paro de la circulación, que puede durar de ocho a diez minutos sin que se destruyan las células nerviosas cerebrales. Puede aún prolongarse esta duración utilizando máquinas cardiopulmonares que sacan la sangre venosa, la purifican, le suministran oxígeno y la devuelven al organismo. El funcionamiento de estos aparatos exige que haya operadores cuidadosamente adiestrados y vaya acompañado de controles múltiples y minuciosos. De este modo el anestesiadador realiza una tarea más grave, más compleja y tal que su ejecución perfecta es condición indispensable del éxito. Pero los resultados ya logrados permiten esperar que en el porvenir se extiendan ampliamente estos nuevos métodos.

En presencia de recursos tan variados, que la medicina moderna nos ofrece para evitar el dolor, y teniendo en cuenta el deseo tan natural de sacar de ellos todo el partido posible, es cosa normal que surjan cuestiones de conciencia. Habéis tenido a bien proponernos algunas que muy particularmente os interesan. Pero antes de darnos nuestra respuesta, queremos hacer observar brevemente que otros problemas morales reclaman asimismo la atención del anestesiadador; ante todo, el de su responsabilidad con respecto a la vida y a la salud del enfermo, pues ambas, a veces, no dependen menos de él que del cirujano. A este propósito, Nos hemos notado en varias ocasiones, y con particularidad en el discurso del 30 de septiembre de 1954, dirigido a la VIII Asamblea de la Asociación Médica Mundial, que el hombre no puede constituir para el médico un simple objeto de experimentación, en el que pueda ensayar los nuevos métodos y prácticas de la medicina (cfr. *Discursi e radiomessaggi*, vol. XVI, pág. 170 ss.).

Pasemos ahora a examinar las preguntas que nos han sido dirigidas.

I. SOBRE LA OBLIGACIÓN MORAL GENERAL DE SOPORTAR EL DOLOR FÍSICO

Preguntáis, ante todo, si hay obligación moral universal de soportar el dolor físico. Para responder con mayor precisión a esta pregunta, Nos distinguiremos varios aspectos.

En primer lugar, es evidente que en ciertos casos la aceptación del sufrimiento físico lleva consigo una obligación grave. Así, siempre que un hombre se halla en la ineludible alternativa de soportar un sufrimiento o de transgredir un deber moral, sea por acción u omisión, hay obligación en conciencia de aceptar el dolor. Los mártires no pudieron evitar las torturas y la muerte misma sin renegar su fe o sin librarse de la obligación grave de confesar la fe en un momento dado. Pero no es necesario acudir a los mártires; hoy día se dan magníficos ejemplos de cristianos que durante semanas, meses y años so-

fren el dolor y la violencia física por permanecer fieles a Dios y a su conciencia.

La aceptación libre y el deseo del dolor

Vuestra pregunta, con todo, no se refiere a esta situación; va más allá: a aceptar libremente y aún a procurarse el dolor según su sentido y finalidad propia. Por citar un ejemplo concreto, recordad la alocución que Nos pronunciamos el 8 de enero de 1956 a propósito de los nuevos métodos de parto sin dolor (*Discorsi e radiomesaggi*, vol. XVII, pág. 465 ss.). Preguntábase entonces si en virtud del texto de la Escritura, «con dolor parirás tus hijos» (*Gen. 3, 16*), la madre estaba obligada a aceptar todos los sufrimientos y a rechazar la analgesia por medios naturales o artificiales. Nos respondimos que no existía obligación ninguna a este respecto. El hombre conserva, aún después de la caída, el derecho de dominar las fuerzas de la naturaleza y de utilizarlas para su servicio y de poner a contribución todos los recursos que ella ofrece para evitar y aun suprimir el dolor físico.

Con todo, Nos añadíamos que para un cristiano el dolor no constituye un hecho puramente negativo, ya que, por el contrario, va asociado a valores religiosos y morales elevados y puede ser querido y deseado, aunque no exista obligación alguna moral en tal o tal caso particular. Y Nos continuábamos: «La vida y el sufrimiento del Señor, los dolores que hombres insignes han sobrellevado y buscado, gracias a los cuales se perfeccionaron y engrandecieron hasta llegar a la cima del heroísmo cristiano; los ejemplos cotidianos de aceptación resignada de la cruz que Nos tenemos ante nuestros ojos, todo ello revela el significado del sufrimiento y de la aceptación paciente del dolor en la actual economía de la salvación durante el tiempo de esta vida terrena» (ibid., pág. 478).

Sobre el deber de la renuncia y purificación interior

Además, el cristiano tiene obligación de mortificar su carne y de trabajar en su purificación interior, porque es imposible a la larga evitar el pecado y cumplir fielmente los deberes todos si se rehuye este esfuerzo de purificación y mortificación. Si el dominio de sí y de las tendencias desordenadas no se puede adquirir sin la ayuda del dolor físico, éste se convierte en una necesidad que es menester aceptar; pero si no se requiere para este fin, no se puede afirmar que en este punto hay un deber estricto. El cristiano no tiene nunca obligación de aceptar el dolor por el dolor; debe considerarlo como un medio más o menos apto, según las circunstancias, al fin que se pretende.

Sobre la invitación a una perfección más elevada

En vez de considerar el punto de vista de la obligación estricta, podemos contemplar el de las exigencias de la fe cristiana, la invitación a una perfección más elevada, que no se impone bajo pena de pecado. ¿Debe el cristiano aceptar el dolor físico para no contradecir al ideal que su fe le propone? Rechazar el dolor, ¿no arguye falta de espíritu de fe?

Si está fuera de discusión que el cristiano experimenta el deseo de aceptar y aun de procurarse el dolor físico para hacerse partícipe de la pasión de Cristo, para renunciar al mundo y a las satisfacciones sensibles y para mortificar la carne, es preciso declarar correctamente el sentido de esta tendencia.

Los que la manifiestan exteriormente no poseen necesariamente el heroísmo cristiano auténtico, como sería erróneo afirmar que los que no dan esas manifestaciones no lo poseen. Este heroísmo, en efecto, puede en mil maneras manifestarse. Cuando un cristiano, día tras día, de la mañana hasta la noche, cumple todos los deberes que le impone su estado, su profesión, los mandamientos de Dios y de los hombres; cuando ora con recogimiento, trabaja con todas sus fuerzas, resiste a las malas pasiones, muestra al prójimo la caridad y el afecto debido, sufre virilmente, sin murmurar, todo lo que Dios le envía, su vida está en consonancia con la cruz de Jesucristo, sea que se presente o no el dolor físico, que lo sufra o evite por medios lícitos. Aun considerando solamente las obligaciones que le competen bajo pena de pecado, un hombre no puede vivir ni cumplir cristianamente su trabajo cotidiano sin estar constantemente pronto al sa-

crificio y, por decirlo así, sin sacrificarse constantemente. La aceptación del dolor físico no es más que una manera entre otras muchas de significar lo que constituye lo esencial: la voluntad de amar a Dios y de servirle en todo. En la perfección de esta disposición voluntaria consiste ante todo la calidad de la vida cristiana y su heroísmo.

Motivos que permiten evitar el dolor físico

¿Cuáles son los motivos que permiten en semejantes casos evitar el dolor físico sin ir contra una obligación grave o contra el ideal de la vida cristiana? Se podrían enumerar muchos; pero, a pesar de su diversidad, al fin y al cabo, se reducen al hecho de que a la larga el dolor impide obtener bienes e intereses superiores. Puede suceder que el dolor sea preferible a tal persona en particular y en tales circunstancias concretas; pero, en general, los daños que provoca fuerzan a los hombres a defenderse contra él; ciertamente, jamás se logrará que llegue a desaparecer del todo del mundo; pero podrían reducirse a más estrechos límites sus efectos nocivos. De esta manera, como se domina una fuerza natural para sacar provecho de ella, el cristiano utiliza el dolor como un estimulante en su esfuerzo de ascensión espiritual y purificación, con el fin de cumplir mejor sus deberes y responder mejor al llamamiento a una perfección más alta; debe, pues, cada uno adoptar las soluciones convenientes a su caso personal, según las aptitudes o disposiciones susodichas, en la medida en que, sin impedir intereses y bienes superiores, sirven de medio para el progreso de su vida interior y más perfecta purificación, para el cumplimiento más fiel de sus deberes, para seguir con mayor prontitud los impulsos divinos. A fin de asegurarse uno de que tal es su caso, deberá consultar las reglas de la prudencia cristiana y los consejos de un experimentado director de conciencia.

Conclusiones y respuestas a la primera pregunta

Vosotros fácilmente sacaréis de estas respuestas orientaciones útiles para vuestra conducta práctica.

1. Los principales fundamentos de la anestesiología, como ciencia y arte, y el fin que persigue no ofrecen dificultad alguna. Ella combate fuerzas que, en muchos sentidos, producen efectos nocivos e impiden bienes mayores.
2. El médico, que acepta sus métodos, tampoco se pone en contradicción con el orden moral natural ni con el ideal específicamente cristiano. Trata, según el orden del Creador (cfr. *Gen. 1, 28*), de someter el dolor al poder del hombre y utiliza para ello los adelantos de la ciencia y de la técnica según los principios que Nos hemos enunciado y que guiarán sus decisiones en los casos particulares.
3. El paciente, deseoso de evitar o de calmar el dolor, puede, sin inquietud de conciencia, utilizar los medios inventados por la ciencia y que en sí mismos no son inmorales. Circunstancias particulares pueden obligar a otra línea de conducta; pero el deber de renuncia y de purificación interior, que incumbe a los cristianos, no es obstáculo para el empleo de la anestesia, porque ese deber se puede cumplir de otra manera. La misma regla se aplica también a las exigencias supererogatorias del ideal cristiano.

II. SOBRE LA NARCOSIS Y LA PRIVACIÓN TOTAL O PARCIAL DE LA CONCIENCIA DE SÍ MISMO

Vuestra segunda pregunta se refería a la narcosis y a la privación total o parcial de la conciencia de sí mismo según la moral cristiana. La enunciabais así: «La supresión completa de la sensibilidad bajo todas sus formas (anestesia general) o la disminución más o menos grande de la sensibilidad dolorosa (hip-, an-, algesia) van acompañadas siempre, respectivamente, de la desaparición o disminución de la conciencia y de las facultades intelectuales más elevadas (memoria, proceso de asociación, facultades críticas, etc.); estos fenómenos que entran en el cuadro habitual de la narcosis quirúrgica y de la analgesia pre y posoperatoria, ¿son compatibles con el espíritu del Evangelio?»

El Evangelio cuenta que inmediatamente antes de la crucifixión ofrecieron al Señor vino mezclado con hiel, sin duda para atenuar sus dolores. Después de haberlo gustado, no lo quiso beber (cfr. *Matth.* 27, 34), porque quería sufrir con pleno conocimiento, cumpliendo así lo que había dicho a Pedro en el predimiento: «¿No voy a beber el cáliz que mi Padre me ha preparado?» (*Ioa.* 18, 11). Cáliz tan amargo, que a Jesús, en la angustia de su alma, le hizo suplicar: «Padre, aparta de mí este cáliz! Pero hágase tu voluntad y no la mía!» (cfr. *Matth.* 26, 38, 39; *Luc.* 22, 42-44). La actitud de Cristo respecto de su pasión, tal como la revelan ese relato y otros pasajes del Evangelio (cfr. *Luc.* 12, 50), ¿permite al cristiano aceptar la narcosis total o parcial?

Puesto que vosotros consideráis la cuestión bajo dos aspectos, Nos examinaremos sucesivamente la supresión del dolor y la disminución o supresión total de la conciencia y del uso de las facultades superiores.

Desaparición del dolor

La desaparición del dolor depende, como vosotros lo decís, ya de la supresión de la sensibilidad general (anestesia general), ya de la disminución más o menos notable de la capacidad de sufrir (hipanalgesia). Nos hemos dicho ya lo esencial sobre el aspecto moral de la supresión del dolor; desde el punto de vista religioso y moral importa poco que sea causada por narcosis o por otros medios; en los límites indicados no ofrece dificultad alguna y es compatible con el espíritu del Evangelio. Por otra parte, no hay que negar o desestimar el hecho de que la aceptación voluntaria (obligatoria o no) del dolor físico hasta en las intervenciones quirúrgicas pueda manifestar un heroísmo elevado y testimoniar a menudo realmente una imitación heroica de la pasión de Cristo. Sin embargo, esto no significa que ella sea un elemento indispensable; en las intervenciones importantes, sobre todo, no es raro que la anestesia se imponga por otros motivos, y que el quirurgo o el paciente no puedan prescindir de ella sin faltar a la prudencia cristiana. Lo mismo puede decirse de la analgesia pre y posoperatoria.

Supresión o disminución de la conciencia y del uso de las facultades superiores

Luego habláis de la disminución o supresión de la conciencia, y del uso de las facultades superiores, como de fenómenos que acompañan a la pérdida de la sensibilidad. De ordinario, lo que queréis obtener es precisamente esta pérdida de la sensibilidad; pero a menudo es imposible obtenerla sin producir al mismo tiempo la pérdida del conocimiento total o parcial. Fuera del dominio quirúrgico, esta relación suele estar invertida, no solamente en medicina, sino también en psicología y en las encuestas criminales. Se pretende aquí conseguir una debilitación de la conciencia y, con ello, de las facultades superiores, con el objeto de paralizar los mecanismos psíquicos de control, que el hombre utiliza constantemente para dominarse y guiarse; entonces él se abandona sin resistencia al juego de las asociaciones de ideas, de los sentimientos e impulsos volitivos. Los peligros de tal situación son evidentes; hasta puede suceder que por esta vía se desencadenen tendencias instintivas inmorales. Estas manifestaciones del segundo estadio de la narcosis son bien conocidas, y actualmente se trata de impedir las administrando previamente narcóticos. La supresión de los dispositivos de control resulta particularmente peligrosa cuando provoca la revelación de los secretos de la vida privada, personal o familiar y de la vida social. No basta que el quirurgo y todos sus ayudantes estén obligados no sólo al secreto natural (*secretum naturale*), sino también al secreto profesional (*secretum officiale*, *secretum commissum*), respecto a todo lo que ocurre en la sala de operaciones. Hay ciertos secretos que no deben ser revelados a nadie, ni aún, como reza la fórmula técnica «*uni viro prudenti et silenti tenacis*». Nos lo hemos ya subrayado en nuestra alocución del 15 de abril de 1953 sobre la psicología clínica y el psicoanálisis (*Discorsi e radiomessaggi*, vol. XV, pág. 73). De modo que no puede menos de aprobarse la utilización de narcóticos en la medicación preoperatoria con el fin de evitar estos inconvenientes.

Notemos, desde luego, que en el sueño la naturaleza misma interrumpe más o menos completamente la actitud intelectual. Si en un

sueño no muy profundo, el uso de la razón (*sensus rationis*) no está enteramente suprimido y el individuo puede todavía gozar de sus facultades superiores, lo que ya había notado Santo Tomás de Aquino (*S. Th.*, p. 1, q. 84, a. 8), el sueño excluye, sin embargo, el *dominium rationis*, el poder en virtud del cual la razón manda libremente a la actividad humana. De aquí no se sigue que, si el hombre se abandona al sueño, obre contra el orden moral al privarse de la conciencia y del dominio de sí mismo en el uso de sus facultades superiores. Pero es cierto también que puede haber casos (y se presentan con frecuencia) en los que el hombre no se puede abandonar al sueño, sino que debe continuar en posesión de sus facultades superiores, para cumplir un deber moral que le incumbe. A veces, sin estar obligado por un deber estricto, el hombre renuncia al sueño para cumplir servicios no obligatorios o para imponerse una renuncia con la mira puesta en intereses morales superiores. La supresión de la conciencia por el sueño natural no ofrece, pues, en sí ninguna dificultad; sin embargo, es ilícito aceptarla cuando impide el cumplimiento de un deber moral. La renuncia al sueño natural puede ser, además, en el orden moral expresión y actuación de una tendencia no obligatoria hacia la perfección moral.

De la hipnosis

Por la conciencia de sí mismo puede ser también alterada por medios artificiales. Que esa alteración se obtenga por medio de narcóticos o por la hipnosis (que se puede llamar una analgesia psíquica) no implica diferencia esencial en cuanto a la moral. La hipnosis, sin embargo, aun considerándola únicamente en sí misma, está sometida a ciertas reglas. Séanos permitido a este propósito recordar la breve alusión que Nos hicimos al principio de la alocución del 8 de enero de 1956 sobre el parto natural sin dolor (cfr. *Discorsi e radiomessaggi*, vol. XVII, pág. 467).

En la cuestión que nos ocupa al presente, se trata de una hipnosis practicada por el médico al servicio de un fin clínico, observando las precauciones que la ciencia y la ética medicinales requieren, tanto de parte del médico que la emplea, cuanto del paciente que se somete a ella. A este modo determinado de utilizar la hipnosis se aplica el juicio moral que vamos a formular sobre la supresión de la conciencia.

Por lo que queremos que se entienda pura y simplemente a la hipnosis en general lo que decimos de la hipnosis al servicio del médico. Esta, en efecto, en cuanto es objeto de investigación científica, no puede ser estudiada por un cualquiera, sino solamente por un sabio serio, dentro de los límites admisibles en toda actividad científica. No es el caso de un círculo cualquiera de laicos o eclesiásticos que tomen como un tema interesante, a título de mera experiencia o aun por simple pasatiempo.

Sobre la licitud de la supresión o de la disminución de la conciencia

Para apreciar la licitud de la supresión y de la disminución de la conciencia, es necesario considerar que la acción razonada y libremente ordenada a un fin constituye la característica del ser humano. El individuo no podrá, por ejemplo, realizar su trabajo cotidiano si permanece sumergido constantemente en un estado crepuscular. Además, está obligado a conformar todas sus acciones con las exigencias del orden moral. Dado que las fuerzas naturales y los instintos ciegos son incapaces de asegurar por sí mismos una actividad ordenada, el uso de la razón y de las facultades superiores se hace indispensable así para percibir las normas precisas de la obligación, como para aplicarlas a los casos particulares. De aquí se desprende la obligación moral de no privarse de esta conciencia de sí mismo sin verdadera necesidad.

Por consiguiente, no puede uno oscurecer la conciencia o suprimirla con el solo fin de procurarse sensaciones agradables, entregándose a la embriaguez o ingiriendo venenos destinados a procurar este estado, aunque se busque en ello únicamente cierta euforia. Pasando de una dosis determinada, estos venenos causan un enturbiamiento más o menos acusado de la conciencia y aun su oscurecimiento completo. Los hechos demuestran que el abuso de estupefacientes conduce al olvido total de las exigencias más fundamentales de la vida

personal y familiar. Así que, no sin razón, los poderes públicos intervienen para regular la venta y el uso de estas drogas, a fin de evitar a la sociedad graves daños físicos y morales.

¿Se encuentra la cirugía en la necesidad práctica de provocar una disminución y aun una supresión total de la conciencia por la narcosis? Desde el punto de vista técnico, la respuesta a esta pregunta es de vuestra competencia. Desde el punto de vista moral, los principios formulados precedentemente en respuesta a vuestra primera pregunta se aplican en cuanto a lo esencial lo mismo a la narcosis que a la supresión del dolor. Lo que ante todo interesa al quirurgo es la supresión de la sensación dolorosa, no la de la conciencia. Cuando ésta queda despierta, las sensaciones dolorosas violentas provocan fácilmente reacciones, con frecuencia involuntarias y reflejas, capaces de ocasionar complicaciones indeseables y aun de venir a parar en colapso cardíaco mortal. Preservar el equilibrio psíquico y orgánico, evitar que sea violentamente alterado, constituye para el quirurgo como para el paciente un objetivo importante que sólo la narcosis permite obtener. Apenas es necesario hacer notar que la narcosis suscita dificultades graves, que habría que evitar tomando medidas adecuadas en el caso de que otros interviniesen de una manera inhumana mientras el enfermo se halla en estado de inconsciencia.

Las enseñanzas del Evangelio

¿Añade el Evangelio a estas reglas de moral natural aclaraciones y exigencias complementarias? Si Jesucristo en el Calvario rehusó el vino mezclado con hiel, porque quería con pleno conocimiento apurar hasta las heces el cáliz que el Padre le presentaba, síguese que el hombre debe aceptar y beber el cáliz del dolor cuantas veces Dios lo desea. Pero no se ha de creer que Dios lo desea todas las veces que hay que soportar algún sufrimiento, sean las que sean las causas y circunstancias. Las palabras del Evangelio y la conducta de Jesús no indican que Dios quiera esto de todos los hombres en todo momento, y la Iglesia no les ha dado de ningún modo esta interpretación.

Pero los hechos y las actitudes del Señor encierran una significación profunda para todos los hombres. Son innumerables en este mundo aquellos a quienes oprimen sufrimientos (enfermedades, accidentes, guerras, calamidades naturales) cuyas amarguras no pueden endulzarse. El ejemplo de Cristo en el Gólgota, su oposición a endulzar sus dolores, son para ellos una fuente de consolación y de fuerza. Además, el Señor ha advertido a los suyos que a todos les espera este cáliz. Los Apóstoles, y después de ellos millares de mártires, han dado testimonio de esto y continúan dándolo gloriosamente hasta nuestros días. Frecuentemente, sin embargo, la aceptación de los sufrimientos sin mitigación no representa ninguna obligación y no responde a una norma de perfección. El caso se presenta ordinariamente cuando existen para esto motivos serios y las circunstancias no imponen lo contrario. Se puede entonces evitar el dolor, sin ponerse absolutamente en contradicción con la doctrina del Evangelio.

Conclusión y respuesta a la segunda pregunta

La conclusión del desarrollo precedente se puede formular así: dentro de los límites indicados, y si se observan las condiciones requeridas, la narcosis, que lleva consigo una disminución o supresión de la conciencia, es permitida por la moral natural y compatible con el espíritu del Evangelio.

III. USO DE ANALGÉSICOS EN LOS MORIBUNDOS

Nos queda por examinar vuestra tercera pregunta. «El uso de analgésicos que adormecen la conciencia, ¿es lícito en general, y durante el período que sigue a la operación en particular, y aun con los moribundos y los pacientes en peligro de muerte, cuando hay para ello una indicación clínica? ¿Es lícito, aún en ciertos casos (cánceres inoperables, enfermedades incurables) en que la mitigación del dolor se efectúa probablemente a costa de la duración de la vida, que con ello se abrevia?»

Esta tercera pregunta no es en el fondo sino una aplicación de las

dos primeras al caso especial de los moribundos y al efecto particular de abreviar la duración de la vida.

Que los moribundos tengan más que otros la obligación moral natural o cristiana de aceptar el dolor o de rechazar su mitigación, esto no depende ni de la naturaleza de las cosas ni de las fuentes de la revelación. Mas como, según el espíritu del evangelio, el sufrimiento contribuye a la expiación de los pecados personales y a la adquisición de más abundantes méritos, aquellos cuya vida está en peligro tienen por cierto un motivo especial para aceptarlo, porque, con la muerte ya cercana, esta posibilidad de obtener nuevos méritos corre el riesgo de desaparecer bien pronto. Pero este motivo interesa directamente al enfermo, no al médico que practica la analgesia, suponiendo que el enfermo consienta en ella o aun la haya pedido expresamente. Sería evidentemente lícito practicar la anestesia contra la voluntad expresa del moribundo (cuando él es *sui iuris*).

Parece oportuno precisar algo esta materia, pues no rara vez se presenta este motivo de un modo incorrecto. A veces se intenta probar que los enfermos y moribundos están obligados a soportar los dolores físicos para adquirir más méritos, basándose en la invitación a la perfección que el Señor dirige a todos: *Estote ergo vos perfecti, sicut et Pater vester caelestis perfectus est* (Matth. 5, 48), o en las palabras del Apóstol: *Haec est voluntas Dei, sanctificatio vestra* (1. Thess. 4, 3). A veces se aduce un principio de razón, según el cual no sería lícita ninguna indiferencia con respecto a la obtención (aun gradual y progresiva) del fin último, hacia el que tiende el hombre; o el precepto del amor de sí mismo bien ordenado, que impondría el buscar los bienes eternos en la medida que las circunstancias de la vida cotidiana permitan conseguirlos; o incluso el primero y más grande de los mandamientos, el de amar a Dios sobre todas las cosas, que no dejaría lugar a alternativa alguna en el aprovechamiento de las ocasiones concretas ofrecidas por la Providencia. Ahora bien: el crecimiento en el amor de Dios y en el abandono en su voluntad no procede de los sufrimientos mismos que se aceptan, sino de la intención voluntaria, sostenida por la gracia; esta intención, en muchos moribundos, puede afianzarse y hacerse más viva si se atienden sus sufrimientos, porque éstos agravan el estado de debilidad y agotamiento físico, estorban el impulso del alma y minan las fuerzas morales, en vez de sostenerlas. Por el contrario, la supresión del dolor procura una distensión orgánica y psíquica, facilita la oración y hace posible una entrega de sí más generosa. Si algunos moribundos consienten en sufrir como medio de expiación y fuente de méritos para progresar en el amor de Dios y en el abandono a su voluntad, que no se les imponga la anestesia; ayúdeselos más bien a seguir su propio camino. En el caso contrario, no sería oportuno sugerir a los moribundos las consideraciones ascéticas antes enunciadas, y convendrá recordar que en lugar de contribuir a la expiación y al mérito, puede el dolor dar también ocasión a nuevas faltas.

Añadamos unas palabras sobre la supresión del conocimiento en los moribundos no motivada por el dolor. Puesto que el Señor quiso sufrir la muerte con plena conciencia, el cristiano desea imitarle también en esto. La Iglesia, por otra parte, da a los sacerdotes y a los fieles un *Ordo commendationis animae*, una serie de oraciones para ayudar a los moribundos a salir de este mundo y entrar en la eternidad. Si esas oraciones conservan su valor y su sentido, aun cuando se digan a un enfermo inconsciente, en cambio normalmente suministran luz, consolación y fuerza a quien puede tomar parte en ellas. De esta manera la Iglesia da a entender que, sin razones graves, no hay que privar de conocimiento al moribundo. Cuando la naturaleza lo hace, los hombres lo deben aceptar; pero no lo han de hacer de propia iniciativa, a no ser que haya para ello serios motivos. Tal es, por otra parte, el deseo de los mismos interesados; cuando tienen fe, anhelan la presencia de los suyos, de un amigo, de un sacerdote, para que les ayude a bien morir. Quieren conservar la posibilidad de adoptar sus últimas disposiciones, de decir una oración postrera, una última palabra a los asistentes. Impedirselo repugna al sentimiento cristiano y aun simplemente humano. La anestesia empleada al acercarse la muerte, con el único fin de evitar al enfermo un final consciente, sería no ya una conquista notable de la terapéutica moderna, sino una práctica verdaderamente deplorable.

Vuestra pregunta presuponia más bien la hipótesis de una indica-

ción clínica sería (por ejemplo, dolores violentos, estados morbosos de depresión y de angustia). El moribundo no puede permitir, y menos aún pedir al médico, que le procuren la inconsciencia si de ese modo se incapacita para cumplir deberes morales graves, por ejemplo, arreglar asuntos importantes, hacer su testamento, confesarse. Ya hemos dicho que la razón de adquirir mayores méritos no basta en sí para hacer ilícito el uso de narcóticos. Para juzgar sobre esta licitud habrá que preguntarse también si la narcosis será relativamente breve (por una noche o por algunas horas) o prolongada (con o sin interrupciones) y considerar si el uso de las facultades superiores volverá en ciertos momentos, durante algunos minutos siquiera o durante algunas horas, de modo que dé al moribundo la posibilidad de hacer lo que su deber le impone (por ejemplo, reconciliarse con Dios). Por lo demás, un médico concienzudo, aun cuando no sea cristiano, jamás cederá a las presiones de quien quisiera, contra la voluntad del moribundo, hacerle perder su lucidez para impedirle que tome ciertas decisiones.

Cuando, a pesar de las obligaciones que le incumben, el moribundo pide la narcosis, para la cual hay motivos serios, un médico consciente de su deber no se prestará a ello, sobre todo si es cristiano, sin invitarle antes, bien por sí mismo, o mejor aún, por intermedio de otro, a cumplir previamente sus obligaciones. Si el enfermo se niega obstinadamente a ello y persiste en pedir el narcótico, el médico se lo puede dar sin hacerse culpable de cooperación formal a la falta cometida. Ésta, en efecto, no depende de la narcosis, sino de la voluntad inmoral del paciente; se le dé o no la analgesia, su comportamiento será idéntico; no cumplirá su deber. Queda, si, la posibilidad de arrepentimiento, pero no hay ninguna probabilidad seria de ello y ¿quién sabe si no se endurecerá aún más en el mal?

Pero si el moribundo ha cumplido todos sus deberes y recibido los últimos sacramentos, si las indicaciones médicas claras sugieren la anestesia, si en la fijación de las dosis no se pasa de la entidad permitida, si se mide cuidadosamente su intensidad y duración y el enfermo está conforme, entonces no hay nada que objetar: la anestesia es moralmente lícita.

... y tratándose de enfermos inoperables o incurables

¿Habrá que renunciar al narcótico si su acción acortase la duración de la vida? Desde luego, toda forma de eutanasia directa, o sea, de administración de narcótico con el fin de provocar o acelerar la muerte, es ilícita, porque entonces se pretende disponer directamente de la vida. Uno de los principios fundamentales de la moral natural y cristiana es que el hombre no es dueño, y propietario de su cuerpo y de su existencia, sino únicamente usufructuario. Se arroga un derecho de disposición directa cuantas veces uno pretende abreviar la vida como fin o como medio. En la hipótesis a que os referís, se trata únicamente de evitar al paciente dolores insoportables; por ejemplo, en casos de cáncer inoperable o de enfermedad incurable.

Si entre la narcosis y el acortamiento de la vida no existe nexo alguno causal directo, puesto por la voluntad de los interesados o por la naturaleza de las cosas (como sería el caso, si la supresión del dolor no se pudiese obtener sino mediante el acortamiento de la vida), y si, por el contrario, la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte el alivio de los dolores y por otra la abreviación de la vida, entonces es lícita; habría aún que ver si entre esos dos efectos existe una proporción razonable y si las ventajas del uno compensan los inconvenientes del otro. Importa también, ante todo, preguntarse si el estado actual de la ciencia no permite obtener el mismo resultado empleando otros medios, y luego no traspasar en el uso del narcótico los límites de lo prácticamente necesario.

Conclusión y respuesta a la tercera pregunta

En resumen, nos preguntábais: «La supresión del dolor y del conocimiento por medio de narcóticos (cuando la reclama una indicación médica), ¿está permitida por la religión y la moral al médico y al paciente (aun al acercarse la muerte y previendo que el empleo de narcóticos acortará la vida)?» Se ha de responder: «Si no hay otros medios y si, dadas las circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales, sí».

Como lo hemos ya explicado, el ideal del heroísmo cristiano no obliga, al menos de manera general, a rechazar una narcosis, por otra parte justificada, ni aun al acercarse la muerte; todo depende de las circunstancias concretas.

La resolución más perfecta y más heroica puede darse lo mismo admitiendo que rechazando la narcosis.

EXHORTACIÓN FINAL

Nos atrevemos a esperar que estas reflexiones sobre la analgesia, considerada desde el punto de vista moral y religioso, os ayudarán a cumplir vuestros deberes profesionales con un sentido más fino aún de vuestras responsabilidades. Deseáis seguir enteramente fieles a las exigencias de vuestra fe cristiana y conformar totalmente a ella vuestra actividad. Pues lejos de concebir esas exigencias como trabas puestas a vuestra libertad y a vuestra iniciativa, ved más bien en ellas el llamamiento a una vida infinitamente más elevada y más bella, que no se puede conquistar sin esfuerzos ni renunciáis, pero cuya plenitud y alegría son ya sensibles aquí abajo para quien sabe entrar en comunión con la persona de Cristo, que vive en su Iglesia, animándola con su espíritu, difundiendo en todos sus miembros su amor redentor, el único que ha de triunfar definitivamente del sufrimiento y de la muerte.

Nos imploramos que el Señor os colme de sus dones, a vosotros, a vuestras familias y a vuestros colaboradores, y de todo corazón os concedemos nuestra paternal bendición apostólica.

LH

IV-2

RESPUESTAS DE PÍO XII A TRES CUESTIONES DE MORAL MÉDICA SOBRE «REANIMACIÓN»

Discurso a los miembros del Instituto Italiano
de Genética Gregorio Mendel
(24 de noviembre de 1957)

Ecclési 2 (1957) 1381-2

El doctor Bruno Haid, jefe de la Sección de Anestesia de la Clínica Quirúrgica Universitaria de Innsbruck, nos ha sometido tres cuestiones de moral médica relacionadas con lo que se conoce por *reanimación*. Nos congratula, señores, responder a ese deseo, que manifiesta la alta conciencia que tenéis de vuestros deberes profesionales y la voluntad de resolver los problemas delicados que se os plantean a la luz de los principios del Evangelio.

Según la exposición del doctor Haid, la anestesiología moderna se ocupa no solamente de los problemas de la analgesia y de la anestesia propiamente dichas, sino también de la *reanimación*, se designa así en Medicina, y particularmente en anestesiología, a la técnica susceptible de remediar ciertos incidentes que amenazan gravemente la vida humana, y en particular las asfixias, que antes, cuando no se disponía de los medios de la anestesiología moderna, conducían en algunos minutos a la detención del corazón y a la muerte. La tarea del anestésico se extiende, por tanto, a las dificultades respiratorias agudas, provocadas por la estrangulación o condicionadas por lesiones torácico-pulmonares abiertas; interviene para impedir la asfixia debida a la obstrucción interna de las vías respiratorias por el contenido estomacal o por ahogamiento, para remediar la parálisis respiratoria total o parcial en caso de tétanos grave, de parálisis infantil, de envenenamiento por gas, los hipnóticos o la embriaguez, o incluso en caso de parálisis respiratoria central provocada por traumatismos craneales graves.

MORAL MÉDICA Y ANESTESIOLOGÍA

Cuando se practica la reanimación y el tratamiento de los que sufren lesiones craneales, y a veces entre los operados del cerebro o de los que han sufrido traumatismos cerebrales por anoxia y permanecen sumergidos en una profunda inconsciencia, surgen cuestiones que interesan a la moral médica y que ponen en juego los principios de la filosofía natural más que los de la analgesia. Así acontece que la anestesiología puede, como en los accidentes y enfermedades indicadas anteriormente, y cuyo tratamiento ofrece suficientes probabilidades de éxito, mejorar el estado general de los pacientes que sufran lesión grave del cerebro y cuyo caso parece desde el principio desesperado. Así también restablece la respiración, bien por intervención manual, bien con la ayuda de aparatos especiales: libera las vías respiratorias y provee la alimentación artificial del paciente. Gracias a esta terapéutica, en particular por la administración de oxígeno, por medio de la respiración artificial, la circulación que estaba casi extinguida se recupera y el aspecto del paciente mejora, a veces de forma tan rápida que el anestésico o cualquier otro médico que, fiándose de su experiencia, hubiera abandonado el caso, comienza a

alimentar una ligera esperanza de ver restablecida la respiración espontánea. La familia considera generalmente esta mejora como un resultado sorprendente, que suele atribuir al médico.

Si la lesión del cerebro es tan grave que es muy probable, e incluso prácticamente cierto, que el paciente no sobrevivirá, el anestésico se plantea la cuestión angustiosa del valor y del sentido de las maniobras de reanimación. Para ganar tiempo y emprender con más seguridad las decisiones ulteriores, aplicará inmediatamente la respiración artificial con intubación y limpieza de las vías respiratorias. Pero puede entonces encontrarse en una situación delicada si la familia considera estos esfuerzos inconvenientes y no se aviene a ellos. La mayor parte de las veces esto se produce no al principio de las tentativas de reanimación, sino cuando el estado del paciente, después de una ligera mejoría, no progresa y cuando está claro que sólo la respiración artificial automática le mantiene con vida. Se pregunta entonces si se debe o si se puede proseguir la tentativa de reanimación, aunque el alma haya abandonado quizá ya el cuerpo.

La solución de este problema, ya difícil en sí, se hace más todavía cuando la familia —católica quizá— apremia al médico de cabecera, y particularmente al anestésico, a quitar el aparato de respiración artificial a fin de permitir al paciente, ya virtualmente muerto, que acabe en paz. De ahí se deriva una cuestión fundamental desde el punto de vista religioso y para la filosofía de la naturaleza: según la fe cristiana, cuando la muerte sobreviene en caso de pacientes para los que se han utilizado los procedimientos modernos de reanimación, ¿la extremaunción es válida, al menos que desde hace tiempo se haya podido comprobar una acción cardíaca, aun si las funciones vitales propiamente dichas hayan desaparecido ya y si la vida no depende más que del funcionamiento de un aparato respiratorio?

PROBLEMAS QUE PLANTEA LA REANIMACIÓN

Los problemas que se plantean en la práctica moderna de la reanimación pueden, pues, formularse en tres preguntas: ¿Se tiene el derecho o hasta la obligación de utilizar los aparatos modernos de respiración artificial en todos los casos, aun en aquellos que, a juicio del médico, se consideran como completamente desesperados? En segundo lugar, ¿se tiene el derecho o la obligación de retirar el aparato respiratorio cuando, después de varios días, el estado de inconsciencia profunda no se mejora, mientras que si se prescinde de él la circulación se detendrá en algunos minutos? ¿Qué es preciso hacer en este caso si la familia del paciente que ha recibido los últimos sacramentos impulsa al médico a retirar el aparato? ¿La extremaunción es todavía válida en este momento? En tercer lugar, un paciente que cae en la inconsciencia por parálisis central, pero en el cual la vida —es decir, la circulación sanguínea— se mantiene gracias a la respiración artificial y sin que sobrevenga ninguna mejora después de varios días, ¿debe ser considerado como muerto *de facto* o también *de jure*?

¿No es preciso esperar para considerarle como muerto a que la circulación sanguínea se detenga a pesar de la respiración artificial?

EL DEBER DE CONSERVAR LA VIDA

Nos responderemos de muy buena gana a estas tres cuestiones; pero antes de examinarlas Nos queríamos exponer los principios que permitirán formular la respuesta.

La razón natural y la moral cristiana dicen que el hombre (y cualquiera que está encargado de cuidar de su semejante) tiene el derecho y el deber, en caso de enfermedad grave, de tomar las medidas necesarias para conservar la vida y la salud. El deber que tiene hacia el mismo, hacia Dios, hacia la comunidad humana y lo más a menudo hacia personas determinadas, deriva de la caridad bien ordenada, de la sumisión al Creador, de la justicia social y aun de la estricta justicia, así como de la piedad hacia la familia. Pero esto no obliga habitualmente más que al empleo de medios ordinarios (según las circunstancias de personas, de lugares, de épocas, de cultura), es decir, a medios que no impongan ninguna carga extraordinaria para sí mismo o para otro. Una obligación más severa sería demasiado pesada para la mayor parte de los hombres y haría más difícil la adquisición de bienes superiores más importantes: La vida, la salud, toda la actividad temporal están, en efecto, subordinadas a los fines espirituales. Por otra parte, no está prohibido hacer más que lo estrictamente necesario para conservar la vida y la salud, a condición de no faltar a deberes más graves.

LOS SACRAMENTOS Y LA INCONSCIENCIA

En cuanto al hecho de administrar los sacramentos a un hombre sumido en la inconsciencia, la respuesta se deduce de la doctrina y de la práctica de la Iglesia, que, por su parte, sigue como regla de acción la voluntad del Señor. Los sacramentos están destinados, en virtud de la institución divina, a los hombres de este mundo durante la duración de su vida terrestre, y, a excepción del bautismo mismo, presuponen el bautismo en aquel que los recibe. Lo que no sea un ser humano, no lo sea todavía o no lo sea más, no puede recibir los sacramentos. Por otra parte, si alguno manifiesta su negativa, no se le pueden administrar en contra de su voluntad. Dios no fuerza a nadie a aceptar la gracia sacramental. Si se ignora cuándo alguien reúne las condiciones requeridas para recibir válidamente el sacramento, es preciso procurar resolver la duda. En caso de no conseguirlo, se conferirá el sacramento bajo condición, al menos tácita (con la cláusula *si capax est*, que es la más amplia). Los sacramentos han sido instituidos por Cristo para los hombres, a fin de salvar su alma; además, en caso de extrema necesidad, la Iglesia prueba las soluciones últimas para comunicar a un hombre la gracia y los socorros sacramentales.

La cuestión del hecho de la muerte y de la comprobación, sea de hecho (de facto), sea de su autenticidad jurídica (de jure), tiene por sus consecuencias, aun en el terreno de la moral y de la religión, un alcance todavía más largo. Lo que acabamos de decir sobre las presunciones esenciales de la recepción válida de un sacramento lo demuestra. Pero la importancia del hecho se extiende también a los efectos en materia de herencia, a la cuestión del matrimonio y a los procesos matrimoniales, a la cuestión de los beneficios y a muchos otros aspectos de la vida privada y social.

Es propio del médico, y particularmente del anestesiólogo, dar una definición clara y precisa de la *muerte* y del *momento de la muerte* de un paciente que fallece en estado de inconsciencia. Para eso se puede restablecer el concepto usual de separación completa y defini-

tiva del alma y del cuerpo. Pero en la práctica se tendrá en cuenta la imprecisión de los términos *cuerpo* y *separación*. Se puede discutir la posibilidad de que un hombre sea enterrado vivo, ya que la retirada del aparato respiratorio debe, después de algunos minutos, provocar el detenimiento de la circulación y, por consiguiente, la muerte.

En caso de duda insoluble se puede recurrir también a las presunciones de derecho y de hecho. En general, se resolverá por la de la permanencia de la vida, ya que se trata de un derecho fundamental recibido del Creador y del que es preciso probar con certeza que se ha perdido.

Pasamos ahora a la solución de las cuestiones particulares.

¿ES OBLIGADA, POR PARTE DEL MÉDICO, LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL?

1. El anestesiólogo, ¿tiene el derecho o incluso está obligado en todos los casos de inconsciencia profunda, hasta en aquellos completamente desesperados, a juicio de un médico competente, de utilizar los aparatos modernos de respiración artificial, aun contra la voluntad de la familia?

En los casos ordinarios se concederá que el anestesiólogo tiene el derecho de obrar así, pero no tiene obligación de ello, a menos que sea el único medio de dar satisfacción a otro deber moral cierto, ya que los derechos y los deberes del médico son correlativos a los del paciente. El médico, en efecto, no tiene con respecto al paciente derecho separado o independiente; en general, no puede obrar más que si el paciente le autoriza explícita o implícitamente (directa o indirectamente). La técnica de reanimación que aquí se trata no contiene en sí nada de inmoral, ya que el paciente— si es capaz de decisión personal— podría utilizarla lícitamente y, por consecuencia, dar la autorización al médico. Por otra parte, como estas formas de tratamiento sobrepasan los medios ordinarios a los que se está obligado a recurrir, no se puede sostener que sea obligatorio emplearlos y, en consecuencia, dar la autorización al médico.

Los derechos y los deberes de la familia, en general, dependen de la voluntad, que se presume, del paciente inconsciente, si él es mayor y *sui juris*.

En cuanto al deber propio e independiente de la familia, no obliga habitualmente más que al empleo de medios ordinarios. Por consiguiente, si parece que la tentativa de reanimación constituye en realidad para la familia una carga que en conciencia no se le pueda imponer, ella puede lícitamente insistir para que el médico interrumpa sus tentativas, y este último puede lícitamente acceder a ello. En este caso no hay disposición directa de la vida del paciente, ni eutanasia, que no sería nunca lícita: aun cuando no lleve consigo el cese de la circulación sanguínea, la interrupción de las tentativas de reanimación no es nunca más que indirectamente causa de la paralización de la vida y es preciso aplicar en este caso el principio de doble efecto y el de *voluntarium in causa*.

2. Así, Nos hemos contestado ya en esencia a la segunda cuestión: «¿Puede el médico retirar el aparato respiratorio antes de que se produzca la paralización definitiva de la circulación? ¿Lo puede hacer, al menos, cuando el paciente ha recibido ya la extremaunción? ¿Es ésta válida cuando se le administre en el momento en que se detenga la circulación o aun después?».

LH
IV-3DECLARACIÓN VATICANA
SOBRE LA EUTANASIASagrada Congregación
para la Doctrina de la Fe

Vida Nueva n.º 1.236; 5 julio 1980, pp. 32-34

INTRODUCCIÓN

Los derechos y valores inherentes a la persona humana ocupan un puesto importante en la problemática contemporánea. A este respecto, el Concilio Ecuménico Vaticano II ha reafirmado solemnemente la dignidad excelente de la persona humana y de modo particular su derecho a la vida. Por ello ha denunciado los crímenes contra la vida, como «homicidios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado» (Cons. Past. *Gaudium et spes*, 27).

La Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, que recientemente ha recordado la doctrina católica acerca del aborto procurado¹, juzga oportuno proponer ahora la enseñanza de la Iglesia sobre el problema de la eutanasia.

En efecto, aunque continúan siendo siempre válidos los principios enunciados en este terreno por los últimos Pontífices², los progresos de la medicina han hecho aparecer, en los recientes años, nuevos aspectos del problema de la eutanasia que deben ser precisados ulteriormente en su contenido ético.

En la sociedad actual, en la que no raramente son cuestionados los mismos valores fundamentales de la vida humana, la modificación de la cultura influye en el modo de considerar el sufrimiento y la muerte; la medicina ha aumentado su capacidad de curar y de prolongar la vida en determinadas condiciones que a veces ponen problemas de carácter moral. Por ello los hombres que viven en tal ambiente se interrogan con angustia acerca del significado de la ancianidad prolongada y de la muerte, preguntándose consiguientemente si tienen el derecho de procurarse a sí mismos o a sus semejantes la muerte dulce, que serviría para abreviar el dolor y sería según ellos, más conforme con la dignidad humana.

Diversas Conferencias Episcopales han preguntado al respecto a esta Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, la cual, tras haber pedido el parecer de personas expertas acerca de los varios aspectos de la eutanasia, quiere responder con esta Declaración a las peticiones de los obispos, para ayudarles a orientar rectamente a los fieles y ofrecerles elementos de reflexión que puedan presentar a las autoridades civiles a propósito de este gravísimo problema.

La materia propuesta en este documento concierne ante todo a los que ponen su fe y esperanza en Cristo, el cual mediante su vida, muerte y resurrección ha dado un nuevo significado a la existencia y sobre todo a la muerte del cristiano, según las palabras de San Pa-

blo: «pues si vivimos, para el Señor vivimos; y si morimos, morimos para el Señor. En fin, sea que vivamos, sea que muramos, del Señor somos» (Rom 14, 8; Fil 1, 20).

Por lo que se refiere a quienes profesan otras religiones, muchos admitirán con nosotros que la fe —si la convalidan— en un Dios creador, Providente y Señor de la vida, confiere un valor eminente a toda persona humana y garantiza su respeto.

Confiamos, sin embargo, en que esta Declaración recogerá el consenso de tantos hombres de buena voluntad, los cuales, por encima de diferencias filosóficas o ideológicas, tienen una viva conciencia de los derechos de la persona humana. Tales derechos, por lo demás, han sido proclamados frecuentemente en el curso de los últimos años en declaraciones de Congresos Internacionales³; y tratándose de derechos fundamentales de cada persona humana, es evidente que no se puede recurrir a argumentos sacados del pluralismo político o de la libertad religiosa para negarles valor universal.

VALOR DE LA VIDA HUMANA

La vida humana es el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social. Si la mayor parte de los hombres creen que la vida tiene un carácter sacro y que nadie puede disponer de ella a capricho, los creyentes ven a la vez en ella un don del amor de Dios, que son llamados a conservar y hacer fructificar. De esta última consideración brotan las siguientes consecuencias:

1. Nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente sin oponerse al amor de Dios hacia él, sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable, sin cometer, por ello, un crimen de extrema gravedad⁴.
2. Todo hombre tiene el deber de conformar su vida con el designio de Dios. Esta le ha sido encomendada como un bien que debe dar sus frutos ya aquí en la tierra, pero que encuentra su plena perfección solamente en la vida eterna.
3. La muerte voluntaria o sea el suicidio es, por consiguiente, tan inaceptable como el homicidio; semejante acción constituye en efecto, por parte del hombre, el rechazo de la soberanía de Dios y de su designio de amor. Además, el suicidio es a menudo un rechazo del amor hacia sí mismo, una negación de la natural aspiración a la vida, una renuncia frente a los deberes de justicia y caridad hacia el prójimo, hacia las diversas comunidades y hacia la sociedad entera, aunque a veces intervengan, como se sabe, factores psicológicos que pueden atenuar o incluso quitar la responsabilidad.

Se deberá, sin embargo, distinguir bien del suicidio aquel sacrificio con el que, por una causa superior —como la gloria de Dios, la salvación de las almas o el servicio a los hermanos— se ofrece o se pone en peligro la propia vida.

LA EUTANASIA

Para tratar de manera adecuada el problema de la eutanasia, conviene ante todo precisar el vocabulario.

1. Recuérdese en particular la recomendación 779 (1976), referente a los derechos de los enfermos y de los moribundos, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su XXVII sesión ordinaria. Cf. *Sipeca*, n.º 1, marzo de 1977, pp. 14-15.
2. Se dejan de lado las cuestiones de la pena de muerte y de la guerra, que exigirían consideraciones específicas, ajenas al tema de esta Declaración.

1. Declaración sobre el aborto procurado, 18 de noviembre de 1974 (AAS 66, 1974, pp. 730-747).

2. Pío XII, *Discurso a los congresistas de la Unión Internacional de las Ligas Femeninas Católicas*, 11 de septiembre de 1947 (AAS 39, 1947, p. 483); *Alocución a la Unión Católica Italiana de las Comadronas*, 29 de octubre de 1951 (AAS 43, 1951, pp. 835-854); *Discurso a los miembros de la Oficina Internacional de Documentación de Medicina Militar*, 19 de octubre de 1953 (AAS 45, 1953, pp. 744-754); *Discurso a los participantes en el IX Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología*, 24 de febrero de 1957 (AAS 49, 1957, p. 346); cf. *Alocución sobre la «Renovación»*, 24 de noviembre de 1957 (AAS 49, 1957, pp. 1027-1033); Pablo VI, *Discurso a los miembros del Comité Especial de las Naciones Unidas para la cuestión del «Apartheid»*, 22 de mayo de 1974 (AAS 66, 1974, p. 346); Juan Pablo II, *Alocución a los obispos de Estados Unidos de América*, 5 de octubre de 1979 (AAS 71, 1979, p. 1225).

Etimológicamente la palabra *eutanasia* significaba en la antigüedad una muerte dulce sin sufrimientos atroces. Hoy no nos referimos tanto al significado original del término, cuanto más bien a la intervención de la medicina encaminada a atenuar los dolores de la enfermedad y de la agonía, a veces incluso con el riesgo de suprimir prematuramente la vida. Además el término es usado, en sentido más estricto, con el significado de «causar la muerte por piedad», con el fin de eliminar radicalmente los últimos sufrimientos o de evitar a los niños subnormales, a los enfermos mentales o a los incurables la prolongación de una vida desdichada, quizás por muchos años, que podría imponer cargas demasiado pesadas a las familias o a la sociedad.

Es pues necesario decir claramente en qué sentido se toma el término en este documento.

Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa pues en el nivel de las intenciones o de los métodos usados.

Ahora bien, es necesario reafirmar con toda firmeza que nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie además puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata en efecto de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad.

Podrá también verificarse que el dolor prolongado e insostenible, razones de tipo afectivo u otros motivos diversos, induzcan a alguien a pensar que puede legítimamente pedir la muerte o procurarla a otros. Aunque en casos de ese género la responsabilidad personal puede estar disminuida o incluso no existir, sin embargo el error de juicio de la conciencia —aunque fuera incluso de buena fe— no modifica la naturaleza del acto homicida, que en sí sigue siendo siempre inadmisibles. Las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; éstas en efecto son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros.

EL CRISTIANO ANTE EL SUFRIMIENTO Y EL USO DE LOS ANALGÉSICOS

La muerte no sobreviene siempre en condiciones dramáticas, al final de sufrimientos insostenibles. No debe pensarse únicamente en los casos extremos. Numerosos testimonios concordes hacen pensar que la misma naturaleza facilita en el momento de la muerte una separación que sería terriblemente dolorosa para un hombre en plena salud. Por lo cual una enfermedad prolongada, una ancianidad avanzada, una situación de soledad y de abandono, pueden determinar tales condiciones psicológicas que faciliten la aceptación de la muerte.

Sin embargo, se debe reconocer que la muerte precedida o acompañada a menudo de sufrimientos atroces y prolongados es un acontecimiento que naturalmente angustia el corazón del hombre.

El dolor físico es ciertamente un elemento inevitable de la condición humana; a nivel biológico, constituye un signo cuya utilidad es innegable; pero puesto que atañe a la vida psicológica del hombre, a menudo supera su utilidad biológica y por ello puede asumir una dimensión tal que suscite el deseo de eliminarlo a cualquier precio.

Sin embargo, según la doctrina cristiana, el dolor, sobre todo el de los últimos momentos de la vida, asume un significado particular en el plan salvífico de Dios; en efecto, es una participación en la pasión de Cristo y una unión con el sacrificio redentor que Él ha ofrecido en obediencia a la voluntad del Padre. No debe pues maravillarse si algunos cristianos desean moderar el uso de los analgésicos, para aceptar voluntariamente al menos una parte de sus sufrimientos y asociarse así de modo consciente a los sufrimientos de Cristo cruci-

ficado (cf. Mt 27, 34). No sería, sin embargo, prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor, aunque de ello se deriven, como efectos secundarios, entorpecimiento o menor lucidez. En cuanto a las personas que no están en condiciones de expresarse, se podrá razonablemente presumir que desean tomar tales calmantes y suministrárselos según los consejos del médico.

Pero el uso intensivo de analgésicos no está exento de dificultades, ya que el fenómeno de acostumbrarse a ellos obliga generalmente a aumentar la dosis para mantener su eficacia. Es conveniente recordar una declaración de Pio XII que conserva aún toda su validez. Un grupo de médicos le habían planteado esta pregunta: «¿La supresión del dolor y de la conciencia por medio de narcóticos... está permitida al médico y al paciente por la religión y la moral (incluso cuando la muerte se aproxima o cuando se prevé que el uso de narcóticos abreviará la vida)?». El Papa respondió: «Si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales: Sí»⁵. En este caso, en efecto, está claro que la muerte no es querida o buscada de ningún modo, por más que se corra el riesgo por una causa razonable: simplemente se intenta mitigar el dolor de manera eficaz, usando a tal fin los analgésicos a disposición de la medicina.

Los analgésicos que producen la pérdida de la conciencia en los enfermos, merecen en cambio una consideración particular. Es sumamente importante, en efecto, que los hombres no sólo puedan satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, sino también y sobre todo que puedan prepararse con plena conciencia al encuentro con Cristo. Por esto, Pio XII advierte que «no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo»⁶.

EL USO PROPORCIONADO DE LOS MEDIOS TERAPÉUTICOS

Es muy importante hoy día proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo. De hecho algunos hablan de *derecho a morir*, expresión que no designa el derecho de procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiere, sino el derecho de morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana. Desde este punto de vista, al uso de los medios terapéuticos puede plantear a veces algunos problemas.

En muchos casos, la complejidad de las situaciones puede ser tal que haga surgir dudas sobre el modo de aplicar los principios de la moral. Tomar decisiones corresponderá en último análisis a la conciencia del enfermo o de las personas cualificadas para hablar en su nombre o incluso de los médicos, a la luz de las obligaciones morales y de los distintos aspectos del caso.

Cada uno tiene el deber de curarse y de hacerse curar. Los que tienen a su cuidado los enfermos deben prestarles su servicio con toda diligencia y suministrarles los remedios que consideren necesarios o útiles.

¿Pero se deberá recurrir, en todas las circunstancias, a toda clase de remedios posibles?

Hasta ahora los moralistas respondían que no se está obligado nunca al uso de los medios *extraordinarios*. Hoy en cambio, tal respuesta, siempre válida en principio, puede parecer tal vez menos clara tanto por la imprecisión del término como por los rápidos progresos de la terapia. Debido a esto, algunos prefieren hablar de medios *proporcionados* y *desproporcionados*. En cada caso, se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.

5. Pio XII, *Discorso*, del 24 de febrero de 1957 (AAS 49, 1957, p. 147).

6. *Ib.*, p. 145; cf. *Allocución*, del 9 de septiembre de 1958 (AAS 50, 1958, p. 694).

Para facilitar la aplicación de estos principios generales se pueden añadir las siguientes puntualizaciones:

- A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar así ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad.
- Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; éstos podrán sin duda juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.
- Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad.
- Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por eso, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro.

CONCLUSIÓN

Las normas contenidas en la presente Declaración están inspiradas por un profundo deseo de servir al hombre según el designio del Creador. Si por una parte la vida es un don de Dios, por otra la muerte es ineludible; es necesario, por lo tanto, que nosotros sin prevenir en modo alguno la hora de la muerte, sepamos aceptarla con plena conciencia de nuestra responsabilidad y con toda dignidad: Es verdad, en efecto, que la muerte pone fin a nuestra existencia terrenal, pero, al mismo tiempo, abre el camino a la vida inmortal. Por eso, todos los hombres deben prepararse para ese acontecimiento a la luz de los valores humanos, y los cristianos más aún a la luz de su fe.

Los que se dedican al cuidado de la salud pública no omitan nada, a fin de poner al servicio de los enfermos y moribundos toda su competencia; y acuérdense también de prestarles el consuelo todavía más necesario de una inmensa bondad y de una caridad ardiente. Tal servicio prestado a los hombres es también un servicio prestado al mismo Señor, que ha dicho: «... Cuantas veces hicisteis eso a uno de mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis» (Mt. 25, 40).

El Sumo Pontífice Juan Pablo II, en el transcurso de una Audiencia concedida al infrascripto Cardenal Prefecto, ha aprobado esta Declaración, decidida en reunión ordinaria de esta Sagrada Congregación, y ha ordenado su publicación.

Roma, desde la Sede de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 5 de mayo de 1980.

Franjo Cardenal Seper

Prefecto

Fr. Jérôme Hamer, O.P.

Arz. Tit. de Lorium
Secretario

LH
IV-4

EUTANASIA, PROBLEMA DE CULTURA Y DE FE

Alocución del Papa a una sesión de la Universidad Católica Italiana

Texto italiano en L'Espresso Romano, del 7.9.84.
Traducción en Ecclesia 22.9.84, n.º 2.190, 2. 1984, pp. 1.146-47.

En la mañana del jueves, 6 de septiembre, el Santo Padre recibió en audiencia en Castelgandolfo a los participantes en el LIV Curso de *aggiornamento* cultural organizado por la Universidad Católica del Sagrado Corazón sobre el tema «El valor de la vida».

A las palabras de saludo y cordial adhesión que, en nombre de todos los asistentes, le dirigió el rector magnífico de la Católica, Adriano Bausola, Juan Pablo II respondió con el siguiente discurso:

Queridísimos hermanos y hermanas,

Experimento un alegría particular al saludar a todos y a cada uno de vosotros, participantes en el LIV curso de *aggiornamento* cultural organizado por la Universidad Católica del Sagrado Corazón. Expreso, en particular, mi saludo a los organizadores del Congreso y, en primer lugar, al rector magnífico Adriano Bausola, al que doy las

gracias por las deferentes palabras con las que ha querido abrir este encuentro familiar.

El tema escogido por vosotros para el curso estival de este año —«El valor de la vida»— es más importante que nunca. Habéis tenido ocasión de analizar sus aspectos religiosos, éticos, psicológicos y sociales, poniendo en evidencia que la vida conserva valor en todas sus etapas y condiciones y que del compromiso solidario de todos depende, en gran parte, la posibilidad para cada uno de dar sentido al propio acontecer personal, aun cuando probado por el límite de la enfermedad o del peso de la vejez, prólogo inevitable al misterioso tránsito de la muerte.

Entre los otros problemas, habéis abordado después aquel otro, particularmente debatido hoy, de la eutanasia, examinándolo en el contexto de los postulados que se derivan de la intangibilidad de la vida humana.

Dicha intangibilidad es lógico corolario de la concepción cristiana de la vida, del dominio de Dios sobre la vida y sobre la muerte, de la pertenencia del hombre a Cristo, tanto si vive como si muere (cf. Rom. 14, 8).

Es ésta una enseñanza explícita que se repite en la Biblia, a partir

Para facilitar la aplicación de estos principios generales se pueden añadir las siguientes puntualizaciones:

- A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar así ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad.
- Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; éstos podrán sin duda juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.
- Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad.
- Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por eso, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro.

CONCLUSIÓN

Las normas contenidas en la presente Declaración están inspiradas por un profundo deseo de servir al hombre según el designio del Creador. Si por una parte la vida es un don de Dios, por otra la muerte es ineludible; es necesario, por lo tanto, que nosotros sin prevenir en modo alguno la hora de la muerte, sepamos aceptarla con plena conciencia de nuestra responsabilidad y con toda dignidad: Es verdad, en efecto, que la muerte pone fin a nuestra existencia terrenal, pero, al mismo tiempo, abre el camino a la vida inmortal. Por eso, todos los hombres deben prepararse para ese acontecimiento a la luz de los valores humanos, y los cristianos más aún a la luz de su fe.

Los que se dedican al cuidado de la salud pública no omitan nada, a fin de poner al servicio de los enfermos y moribundos toda su competencia; y acuérdense también de prestarles el consuelo todavía más necesario de una inmensa bondad y de una caridad ardiente. Tal servicio prestado a los hombres es también un servicio prestado al mismo Señor, que ha dicho: «... Cuantas veces hicisteis eso a uno de mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis» (Mt. 25, 40).

El Sumo Pontífice Juan Pablo II, en el transcurso de una Audiencia concedida al infrascripto Cardenal Prefecto, ha aprobado esta Declaración, decidida en reunión ordinaria de esta Sagrada Congregación, y ha ordenado su publicación.

Roma, desde la Sede de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 5 de mayo de 1980.

Franjo Cardenal Seper

Prefecto

Fr. Jérôme Hamer, O.P.

Arz. Tit. de Lorium
Secretario

LH
IV-4

EUTANASIA, PROBLEMA DE CULTURA Y DE FE

Alocución del Papa a una sesión de la Universidad Católica Italiana

Texto italiano en L'Osservatore Romano, del 7.9.84.
Traducción en Ecclesia 22.9.84, n.º 2.190, 2. 1984, pp. 1.146-47.

En la mañana del jueves, 6 de septiembre, el Santo Padre recibió en audiencia en Castelgandolfo a los participantes en el LIV Curso de *aggiornamento* cultural organizado por la Universidad Católica del Sagrado Corazón sobre el tema «El valor de la vida».

A las palabras de saludo y cordial adhesión que, en nombre de todos los asistentes, le dirigió el rector magnífico de la Católica, Adriano Bausola, Juan Pablo II respondió con el siguiente discurso:

Queridísimos hermanos y hermanas,

Experimento un alegría particular al saludar a todos y a cada uno de vosotros, participantes en el LIV curso de *aggiornamento* cultural organizado por la Universidad Católica del Sagrado Corazón. Expreso, en particular, mi saludo a los organizadores del Congreso y, en primer lugar, al rector magnífico Adriano Bausola, al que doy las

gracias por las deferentes palabras con las que ha querido abrir este encuentro familiar.

El tema escogido por vosotros para el curso estival de este año —«El valor de la vida»— es más importante que nunca. Habéis tenido ocasión de analizar sus aspectos religiosos, éticos, psicológicos y sociales, poniendo en evidencia que la vida conserva valor en todas sus etapas y condiciones y que del compromiso solidario de todos depende, en gran parte, la posibilidad para cada uno de dar sentido al propio acontecer personal, aun cuando probado por el límite de la enfermedad o del peso de la vejez, prólogo inevitable al misterioso tránsito de la muerte.

Entre los otros problemas, habéis abordado después aquel otro, particularmente debatido hoy, de la eutanasia, examinándolo en el contexto de los postulados que se derivan de la intangibilidad de la vida humana.

Dicha intangibilidad es lógico corolario de la concepción cristiana de la vida, del dominio de Dios sobre la vida y sobre la muerte, de la pertenencia del hombre a Cristo, tanto si vive como si muere (cf. Rom. 14, 8).

Es ésta una enseñanza explícita que se repite en la Biblia, a partir

de las primeras páginas del Génesis y del *No matar* del Decálogo (cf. Es. 20.13 y Dt. 5-17), hasta la primera carta de Juan (cf. 3, 11-15); dicha enseñanza se expresa unánimemente en la Tradición de los Padres, a partir del escrito más antiguo, como es el de la *Didaché*, y es confirmado por la práctica penitencial que desde los primeros tiempos ha condenado el homicidio como uno de los pecados más graves; la misma enseñanza ha sido repentinamente confirmada y desarrollada, en nuestro tiempo, por el Magisterio pontificio y por los documentos conciliares y episcopales.

A la luz de estas enseñanzas, el creyente debe adquirir una conciencia cada vez mayor de la intangibilidad de toda vida humana inocente y dar prueba de firmeza inflexible ante las presiones y las sugerencias del ambiente y de la cultura dominante, mostrando decisión al oponerse a todo intento de legalización de la eutanasia, como también en la continuación de la lucha contra el aborto.

PONER FIN A LA VIDA ES ABSURDO E INHUMANO

Pero el verdadero problema a afrontar, ante la aparición de una creciente aceptación social de la eutanasia, parece ser otro. Como se ha comprobado ya respecto al aborto, la condena moral de la eutanasia permanece desatendida e incomprensible para los que están impregnados, acaso a veces inconscientemente, de una concepción de la vida inconciliable con el mensaje cristiano, más aún, con la misma dignidad de la persona humana correctamente entendida.

Para tener una prueba de ello basta tener presente algunas de las características negativas más en voga en la cultura que abstrae de la trascendencia:

- La costumbre de disponer, según el arbitrio propio, de la vida humana cuando aparece.
- La tendencia a estimar la vida personal sólo en la medida en que sea portadora de riquezas y de placeres.
- La valoración del bienestar material y del placer como bienes supremos, y, en consecuencia, el concepto de sufrimiento como mal absoluto, que se debe evitar a toda costa y con todos los medios.
- La concepción de la muerte como final absurdo de una vida que todavía proporciona gozos o como liberación de una vida considerada a partir de ahora como *carente de sentido*, porque está destinada a continuar en el dolor.

Todo esto acompaña, en general, al convencimiento de que el hombre, prescindiendo de Dios, es responsable solamente ante sí mismo y ante las leyes de la sociedad libremente establecida.

Está claro que allí donde estas actitudes han arraigado, en la vida de personas y de grupos sociales, paradójicamente puede aparecer como lógico y humano poner fin *dulcemente* a la vida propia o ajena, cuando ésta reservase solamente sufrimiento o mermas graves. Pero esto es, en realidad, absurdo e inhumano.

LOS CATÓLICOS ESTARÁN PRESENTES ALLÍ DONDE SE DEFIENDA LA VIDA

El compromiso que se impone a la comunidad cristiana en dicho contexto socio-cultural es algo más que una simple condena de la eutanasia o el simple intento de obstaculizar el camino hacia una eventual difusión y posterior legalización. El problema de fondo es, sobre todo, cómo conseguir ayudar a los hombres de nuestro tiempo a tomar conciencia de la crueldad de ciertos aspectos de la cultura dominante y a redescubrir los valores más preciosos oscurecidos por dicha crueldad.

La contemplación de la eutanasia, como ulterior etapa de muerte después del aborto, debe ser considerada como un dramático llamamiento a todos los creyentes y a los hombres de buena voluntad a moverse con urgencia para promover con todos los medios y a todos los niveles una verdadera opción cultural en la marcha de nuestra sociedad.

Adquiere por esto particular importancia, en primer lugar, una presencia y una acción incisiva de los católicos en todas aquellas

sedes y organizaciones, nacionales e internacionales, en las cuales se toman decisiones de máxima importancia para la marcha de la sociedad.

Otro tanto debe decirse en lo que concierne al amplio campo de los medios de la comunicación social, sobre cuya importancia en relación con la formación de la opinión es superfluo insistir.

Pero no es menos importante y necesario difundir la conciencia de que cada uno, incluso sencillamente con el propio estilo de vida, contribuye a consolidar la concepción cristiana de la vida o a edificar una distinta de la misma.

Es urgente, por ello, que cuantos son influenciados por la Iglesia con la palabra y con la obra sean ayudados:

- A tomar conciencia de la diferencia que muchas veces se ha instaurado entre fe y vida, como consecuencia de una acritica acogida práctica de concepciones hedonistas, comunistas, etc. que subsisten bajo cierto estilo de vida.
- A descubrir las auténticas concepciones cristianas sobre la vida, el sufrimiento, la muerte y la justa escala de los valores de la vida concebida como vocación y misión, de la que cada uno es responsable ante Dios; a plantear nuevamente sobre estas concepciones la propia existencia individual, familiar, profesional, no temiendo marchar con cristiana firmeza en contra de la corriente.

LA DESIDIA EN ESTE EMPEÑO PODRÍA TRAER LA SUPRESIÓN DE SERES HUMANOS

En esencia: el problema de la eutanasia solicita y reclama con dramática urgencia un interés serio y constante por una verdadera y propia renovación de un auténtico sentir cristiano. Ulteriores demoras y negligencias podrían traducirse en la supresión de un incalculable número de vidas humanas y en una ulterior y grave degradación, a niveles cada vez más inhumanos, de toda la sociedad y convivencia con los hombres.

Se puede, finalmente, añadir que el sujeto principal de todo el interés señalado no puede ser otro que la familia. Esto encuentra justificación, ante todo, en los mismos motivos que sostienen afirmaciones de alcance general sobre el papel central de la familia para la misión evangelizadora de la Iglesia (cf. *Familiaris Consortio*, n. 65) y para el futuro de la humanidad (cf. *ibid.*, n. 86).

Pero se añaden también motivos específicos en relación con el problema de la eutanasia y de los compromisos requeridos por la comunidad cristiana para su solución. En efecto, el grupo más numeroso de personas expuestas al riesgo de convertirse en víctimas de la eutanasia está constituido por los ancianos, especialmente inválidos y ya no autosuficientes. Una actitud distinta, de aceptación y de amor, respecto a ellos tiene en la familia el terreno privilegiado para brotar y desarrollarse (cf. *Familiaris Consortio*, n. 27).

Las actitudes contrarias a las anteriormente mencionadas sobre la vida, el sufrimiento y la muerte, que predisponen el terreno a la eutanasia, pueden ser asumidas ordinariamente y con convencimiento llevadas hacia adelante solamente sobre la base de una educación familiar apropiada.

Se puede, pues, concluir que pasa principalmente por medio de la familia un relanzamiento eficaz del anuncio cristiano sobre el valor de la vida, de toda vida humana, incluso de aquella gravemente menoscabada, enflaquecida por la edad, o destrozada por el sufrimiento.

LOS ARGUMENTOS DESARROLLADOS EVIDENCIAN LA INQUIETUD DE LOS ASISTENTES

Me complace con la Universidad Católica del Sagrado Corazón por haber dedicado estas jornadas de estudio a un tema tan estimulante y al mismo tiempo comprometido, que os ha ofrecido la oportunidad de profundizar las antinomias de la presente sociedad tan contradictoria, pero también tan deseosa de autenticidad y sensible respecto a los problemas que atormentan al hombre.

Tengo la certeza de que vosotros, uniendo a la sensibilidad de

intelectuales la voluntad de examinar los acontecimientos a la luz del Evangelio, advertiréis el deber de ser, en esta sociedad, como luz que brilla sobre el candelero y como sal que da sabor y preserva de la corrupción (cf. Mat. 5, 14). Por otra parte, los argumentos desarrollados durante el congreso evidencian claramente esta vuestra inquietud y esta generosidad.

Alimento la confianza de que prestaréis una particular atención a los puntos que he considerado abordar, si bien fugazmente, y sabréis encontrar la forma de continuar interesándoos por este tema a fin de aportar al mismo vuestra labor de clarificación. Acompaño vuestros esfuerzos con mi oración, mientras que a todos imparto, de corazón, mi afectuosa bendición apostólica.

LH
IV-5

CIENTÍFICOS Y MÉDICOS DEBEN ESTAR SIEMPRE AL SERVICIO DE LA VIDA

Discurso de Juan Pablo II a dos grupos de científicos promovidos por la Pontificia Academia de Ciencias (21 de octubre de 1985).

Ecclesia 1985, 2: 1426-7

Señoras y Señores:

1. Doy a todos vosotros mi más cordial bienvenida. Y me alegro con la Pontificia Academia de Ciencias y su ilustre presidente, profesor Carlos Chagas, por el éxito de reunir a dos grupos de tan distinguidos científicos para reflexionar sobre los temas «La prolongación artificial de la vida y el momento exacto de la muerte» y «La interacción de las enfermedades parasitarias y la nutrición».

En las áreas especializadas incluidas en estos temas, los hombres y las mujeres de ciencia y medicina dan una prueba más de su deseo de trabajar por el bien de la humanidad. La Iglesia está junto a vosotros en este cometido, porque ella también pretende ser la *servidora de la humanidad*. Como dije en mi primera encíclica, *Redemptor hominis*: «La Iglesia no puede abandonar al hombre, porque su destino, es decir, su elección, vocación, nacimiento y muerte, salvación o perdición, está estrecha e indisolublemente unida a Cristo» (n.º 14).

2. Vuestra presencia me recuerda la parábola del Evangelio del buen samaritano, el único que se ocupó de una persona anónima que había sido despojada de todo por los ladrones y abandonada herida a la vera del camino. A esta figura del buen samaritano la veo reflejada en cada uno de vosotros, que por medio de la ciencia y de la medicina ofrecéis vuestra solicitud a innumerables pacientes, tanto entre los pueblos en pleno desarrollo como entre la multitud de estos individuos afectados por enfermedades originadas por la desnutrición.

Para el cristiano, la vida y la muerte, la salud y la enfermedad tienen un significado esperanzador: «Porque ninguno de nosotros vive para sí mismo y ninguno muere para sí mismo; pues si vivimos, para el Señor vivimos, y si morimos, morimos para el Señor. En fin, sea que vivamos, sea que muramos, del Señor somos» (Rom., 14, 7-8).

Estas palabras contienen gran significado y esperanza para nosotros, que creemos en Cristo; también para los no cristianos, a los que la Iglesia estima y con los cuales desea colaborar, entendiendo que dentro del misterio de la vida y de la muerte existen valores que trascienden todos los tesoros terrenos.

CIENTÍFICOS Y MÉDICOS, AL SERVICIO DE LA VIDA

3. Cuando abordamos el tema del que os habéis ocupado en vuestro primer grupo, «la prolongación artificial de la vida y la determinación del momento exacto de la muerte», lo hacemos impulsados por dos convicciones fundamentales, a saber: la vida es un tesoro, la muerte es un acontecimiento natural.

Dado que la vida es verdaderamente un tesoro, es justo que los científicos potencien la investigación que puede mejorar y prolongar la vida humana y que los médicos posean la mejor información posible en torno a los medios científicos más avanzados utilizables por ellos en el campo de la medicina.

Científicos y médicos están llamados a poner su ingenio y su energía al servicio de la vida y nunca pueden, por ninguna razón y en ningún caso, suprimirla. Para todos los que tienen un vivo sentido del supremo valor de la vida, creyentes y no creyentes, la eutanasia es un crimen al cual nadie, ni bajo ningún concepto, debe cooperar, ni siquiera permitir. Los científicos y médicos no deben considerarse como los señores de la vida, sino como sus servidores hábiles y generosos. Solamente Dios, que creó la persona humana con un alma inmortal y salvó el cuerpo humano con el regalo de la Resurrección, es el Señor de la vida.

4. Corresponde a los doctores y trabajadores sanitarios prescribir al enfermo el tratamiento que contribuirá a curarlo y que le ayudará a soportar sus sufrimientos con dignidad. Incluso cuando los enfermos son incurables, nunca deben ser considerados como ajenos al tratamiento: independientemente de su situación, se les deberá prestar el cuidado adecuado.

Entre las formas útiles y lícitas de tratamiento se encuentra el empleo de analgésicos. Aun cuando algunas personas sean capaces de aceptar el sufrimiento sin alivio, para la mayoría el dolor reduce su fuerza moral. No obstante, cuando se estudia el empleo de dichos analgésicos es necesario tener presente la doctrina contenida en la declaración publicada el 4 de junio de 1980 por la Congregación para la Doctrina de la Fe: «Los analgésicos que producen la inconsciencia necesitan una consideración especial. Porque una persona, sea hombre o mujer, debe ser capaz de satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares; él o ella deben también prepararse, por su parte, con pleno conocimiento, para el encuentro con Cristo».

intelectuales la voluntad de examinar los acontecimientos a la luz del Evangelio, advertiréis el deber de ser, en esta sociedad, como luz que brilla sobre el candelero y como sal que da sabor y preserva de la corrupción (cf. Mat. 5, 14). Por otra parte, los argumentos desarrollados durante el congreso evidencian claramente esta vuestra inquietud y esta generosidad.

Alimento la confianza de que prestaréis una particular atención a los puntos que he considerado abordar, si bien fugazmente, y sabréis encontrar la forma de continuar interesándoos por este tema a fin de aportar al mismo vuestra labor de clarificación. Acompaño vuestros esfuerzos con mi oración, mientras que a todos imparto, de corazón, mi afectuosa bendición apostólica.

LH
IV-5

CIENTÍFICOS Y MÉDICOS DEBEN ESTAR SIEMPRE AL SERVICIO DE LA VIDA

Discurso de Juan Pablo II a dos grupos de científicos promovidos por la Pontificia Academia de Ciencias (21 de octubre de 1985).

Ecclesia 1985, 2: 1426-7

Señoras y Señores:

1. Doy a todos vosotros mi más cordial bienvenida. Y me alegro con la Pontificia Academia de Ciencias y su ilustre presidente, profesor Carlos Chagas, por el éxito de reunir a dos grupos de tan distinguidos científicos para reflexionar sobre los temas «La prolongación artificial de la vida y el momento exacto de la muerte» y «La interacción de las enfermedades parasitarias y la nutrición».

En las áreas especializadas incluidas en estos temas, los hombres y las mujeres de ciencia y medicina dan una prueba más de su deseo de trabajar por el bien de la humanidad. La Iglesia está junto a vosotros en este cometido, porque ella también pretende ser la *servidora de la humanidad*. Como dije en mi primera encíclica, *Redemptor hominis*: «La Iglesia no puede abandonar al hombre, porque su destino, es decir, su elección, vocación, nacimiento y muerte, salvación o perdición, está estrecha e indisolublemente unida a Cristo» (n.º 14).

2. Vuestra presencia me recuerda la parábola del Evangelio del buen samaritano, el único que se ocupó de una persona anónima que había sido despojada de todo por los ladrones y abandonada herida a la vera del camino. A esta figura del buen samaritano la veo reflejada en cada uno de vosotros, que por medio de la ciencia y de la medicina ofrecéis vuestra solicitud a innumerables pacientes, tanto entre los pueblos en pleno desarrollo como entre la multitud de estos individuos afectados por enfermedades originadas por la desnutrición.

Para el cristiano, la vida y la muerte, la salud y la enfermedad tienen un significado esperanzador: «Porque ninguno de nosotros vive para sí mismo y ninguno muere para sí mismo; pues si vivimos, para el Señor vivimos, y si morimos, morimos para el Señor. En fin, sea que vivamos, sea que muramos, del Señor somos» (Rom., 14, 7-8).

Estas palabras contienen gran significado y esperanza para nosotros, que creemos en Cristo; también para los no cristianos, a los que la Iglesia estima y con los cuales desea colaborar, entendiendo que dentro del misterio de la vida y de la muerte existen valores que trascienden todos los tesoros terrenos.

CIENTÍFICOS Y MÉDICOS, AL SERVICIO DE LA VIDA

3. Cuando abordamos el tema del que os habéis ocupado en vuestro primer grupo, «la prolongación artificial de la vida y la determinación del momento exacto de la muerte», lo hacemos impulsados por dos convicciones fundamentales, a saber: la vida es un tesoro, la muerte es un acontecimiento natural.

Dado que la vida es verdaderamente un tesoro, es justo que los científicos potencien la investigación que puede mejorar y prolongar la vida humana y que los médicos posean la mejor información posible en torno a los medios científicos más avanzados utilizables por ellos en el campo de la medicina.

Científicos y médicos están llamados a poner su ingenio y su energía al servicio de la vida y nunca pueden, por ninguna razón y en ningún caso, suprimirla. Para todos los que tienen un vivo sentido del supremo valor de la vida, creyentes y no creyentes, la eutanasia es un crimen al cual nadie, ni bajo ningún concepto, debe cooperar, ni siquiera permitir. Los científicos y médicos no deben considerarse como los señores de la vida, sino como sus servidores hábiles y generosos. Solamente Dios, que creó la persona humana con un alma inmortal y salvó el cuerpo humano con el regalo de la Resurrección, es el Señor de la vida.

4. Corresponde a los doctores y trabajadores sanitarios prescribir al enfermo el tratamiento que contribuirá a curarlo y que le ayudará a soportar sus sufrimientos con dignidad. Incluso cuando los enfermos son incurables, nunca deben ser considerados como ajenos al tratamiento: independientemente de su situación, se les deberá prestar el cuidado adecuado.

Entre las formas útiles y lícitas de tratamiento se encuentra el empleo de analgésicos. Aun cuando algunas personas sean capaces de aceptar el sufrimiento sin alivio, para la mayoría el dolor reduce su fuerza moral. No obstante, cuando se estudia el empleo de dichos analgésicos es necesario tener presente la doctrina contenida en la declaración publicada el 4 de junio de 1980 por la Congregación para la Doctrina de la Fe: «Los analgésicos que producen la inconsciencia necesitan una consideración especial. Porque una persona, sea hombre o mujer, debe ser capaz de satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares; él o ella deben también prepararse, por su parte, con pleno conocimiento, para el encuentro con Cristo».

FACILIDAD AL ENFERMO EL ACERCAMIENTO A DIOS

5. El médico no es el señor de la vida, pero tampoco es el vencedor de la muerte. La muerte es un acontecimiento inevitable de la vida humana, y el empleo de medios para evitarla debe tener en cuenta la condición humana. Con relación al empleo de medios ordinarios y extraordinarios, la Iglesia expresó su criterio en la declaración anteriormente citada, en los siguientes términos: «Si no existen otros remedios suficientes, está permitido, con el consentimiento del paciente, recurrir a los medios facilitados por las técnicas médicas más avanzadas, incluso cuando estos medios se encuentren en fase experimental y no estén exentos de un cierto riesgo...»

Está también permitido, con la aprobación del paciente, interrumpir estos medios cuando los resultados no infunden esperanzas. Pero para que se adopte esta decisión deberán tenerse en cuenta los razonables deseos del paciente y de la familia del mismo, como también el dictamen de los doctores especialmente competentes en la materia...

Está permitido, igualmente, hacer esto con los medios normales que la medicina puede ofrecer. Sin embargo, no se puede imponer a nadie la obligación de recurrir a una técnica que ya está en uso pero que entraña un riesgo o es peligrosa... Cuando la muerte inevitable es inminente a pesar de los medios empleados, está permitido, en conciencia, rechazar formas de tratamiento que solamente podrían asegurar una precaria y molesta prolongación de la vida, mientras que el cuidado normal prestado a la persona enferma en casos análogos no es interrumpido».

6. Estamos agradecidos a vosotros, señoras y señores, por haber estudiado minuciosamente los problemas científicos relacionados con el intento de definir el momento de la muerte. Un conocimiento de estos problemas es esencial para decidir con una sincera conciencia moral la elección de formas ordinarias o extraordinarias de tratamiento y para abordar los aspectos importantes, morales y legales de los trasplantes. Ello nos ayuda también en la ulterior consideración de si la casa o el hospital es el lugar más adecuado para el tratamiento del enfermo y especialmente del incurable.

El derecho a recibir buen tratamiento y el derecho a ser capaz de morir con dignidad exigen recursos humanos y materiales, en casa y en el hospital, que garanticen la comodidad y la dignidad del enfermo. Todos los enfermos y, sobre todo, los moribundos no deben carecer del afecto de sus familiares, de la atención de los médicos y enfermeras y del apoyo de sus amigos.

Por encima y sobre todos los consuelos humanos, nadie debe de-

jar de ver la enorme ayuda prestada al moribundo y a sus familias por la fe en Dios y por la esperanza en la vida eterna. Por tanto, yo desearía pedir a los hospitales, a los médicos y, sobre todo, a los parientes, especialmente en el actual clima de secularización, que faciliten al enfermo el acercamiento a Dios, dado que en su enfermedad experimentan nuevos interrogantes que solamente en Dios pueden encontrar respuesta.

LA DESNUTRICIÓN, CAUSA DE GRAVES ENFERMEDADES

7. En muchas zonas del mundo el tema que habéis comenzado a estudiar en vuestro grupo de trabajo tiene una importancia extraordinaria concretamente el problema de la desnutrición. El problema aquí no es meramente el de la escasez de alimentos, sino también el de la calidad de los alimentos, si es adecuado o no para el desarrollo sano de la persona en su totalidad. La desnutrición es causa de enfermedades que dificultan el desarrollo del cuerpo e impide igualmente el crecimiento y la madurez del entendimiento y de la voluntad.

El estudio que ha sido realizado hasta este punto y que ahora está examinando con todo detalle en este coloquio aspira a identificar y tratar las enfermedades asociadas con la desnutrición. Al mismo tiempo subraya la necesidad de adaptar y perfeccionar métodos de cultivo, métodos que sean capaces de producir alimentos con todos los elementos que puedan garantizar una decorosa subsistencia humana y el pleno desarrollo físico y mental de la persona.

Es mi esperanza ferviente y mi ruego de que vuestras deliberaciones estimulen a los gobiernos y pueblos de los países económicamente más avanzados a ayudar a las poblaciones más severamente afectadas por la desnutrición.

8. Señoras y Señores, la Iglesia católica, que en el próximo Sínodo Mundial de los Obispos celebrará el vigésimo aniversario del Concilio Vaticano II, corroborará las palabras que los padres del Concilio dirigieron a los hombres y mujeres de pensamiento y de ciencia: «No podíamos, por tanto, dejar de encontraros. Vuestro camino es el nuestro. Vuestros senderos no son nunca extraños a los nuestros. Somos amigos de vuestra vocación de investigadores, aliados de vuestras fatigas, admiradores de vuestras conquistas y, si es necesario, consoladores de vuestros desalientos y fracasos».

Con estos sentimientos invoco las bendiciones de Dios, el Señor de la vida, sobre la Pontificia Academia de Ciencias, sobre todos los miembros de estos dos grupos de trabajo presentes y sobre sus familias.

LH IV-6 NOTA SOBRE EUTANASIA

Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe
(15 de abril de 1986).

Ecclesiae 1 (1988) 820-23

Cuando el autor del libro del *Eclesiastés* escribía hace veintitrés siglos su bello poema «Todo tiene su tiempo... tiempo de nacer y tiempo de morir» (3,1-2), vivía en una época muy distante de la nuestra, en la que el nacer y el morir se comprendían como acontecimientos naturales que tenían su tiempo y que apenas admitían intervención o modificación. El rápido y acelerado progreso de las ciencias biomédicas están alterando crecientemente estos acontecimientos, primero y último de la existencia humana. La ciencia biomédica inter-

viene en el origen de la vida humana desde intereses contrapuestos: por una parte, algunas de las técnicas destruyen la vida humana ya concebida; por otra parte, una tecnología aún más sofisticada y costosa hace posible que un número importante y creciente de personas puedan ver realizado su deseo de paternidad.

En el otro extremo de la vida, el morir está siendo también alterado en su tiempo. El niño o la niña, que vienen hoy al mundo en los países técnicamente desarrollados, tienen una esperanza de vida que duplica la de no hace muchos años. Los avances de la medicina permiten disponer de terapias con las que se pueda luchar eficazmente contra muchísimas enfermedades, y hacen posible su curación y la prolongación de la vida de numerosos pacientes.

Pero, como todo progreso humano, también el avance en la lucha contra las enfermedades y la muerte tiene sus contrapartidas. En la

FACILIDAD AL ENFERMO EL ACERCAMIENTO A DIOS

5. El médico no es el señor de la vida, pero tampoco es el vencedor de la muerte. La muerte es un acontecimiento inevitable de la vida humana, y el empleo de medios para evitarla debe tener en cuenta la condición humana. Con relación al empleo de medios ordinarios y extraordinarios, la Iglesia expresó su criterio en la declaración anteriormente citada, en los siguientes términos: «Si no existen otros remedios suficientes, está permitido, con el consentimiento del paciente, recurrir a los medios facilitados por las técnicas médicas más avanzadas, incluso cuando estos medios se encuentren en fase experimental y no estén exentos de un cierto riesgo...»

Está también permitido, con la aprobación del paciente, interrumpir estos medios cuando los resultados no infunden esperanzas. Pero para que se adopte esta decisión deberán tenerse en cuenta los razonables deseos del paciente y de la familia del mismo, como también el dictamen de los doctores especialmente competentes en la materia...

Está permitido, igualmente, hacer esto con los medios normales que la medicina puede ofrecer. Sin embargo, no se puede imponer a nadie la obligación de recurrir a una técnica que ya está en uso pero que entraña un riesgo o es peligrosa... Cuando la muerte inevitable es inminente a pesar de los medios empleados, está permitido, en conciencia, rechazar formas de tratamiento que solamente podrían asegurar una precaria y molesta prolongación de la vida, mientras que el cuidado normal prestado a la persona enferma en casos análogos no es interrumpido».

6. Estamos agradecidos a vosotros, señoras y señores, por haber estudiado minuciosamente los problemas científicos relacionados con el intento de definir el momento de la muerte. Un conocimiento de estos problemas es esencial para decidir con una sincera conciencia moral la elección de formas ordinarias o extraordinarias de tratamiento y para abordar los aspectos importantes, morales y legales de los trasplantes. Ello nos ayuda también en la ulterior consideración de si la casa o el hospital es el lugar más adecuado para el tratamiento del enfermo y especialmente del incurable.

El derecho a recibir buen tratamiento y el derecho a ser capaz de morir con dignidad exigen recursos humanos y materiales, en casa y en el hospital, que garanticen la comodidad y la dignidad del enfermo. Todos los enfermos y, sobre todo, los moribundos no deben carecer del afecto de sus familiares, de la atención de los médicos y enfermeras y del apoyo de sus amigos.

Por encima y sobre todos los consuelos humanos, nadie debe de-

jar de ver la enorme ayuda prestada al moribundo y a sus familias por la fe en Dios y por la esperanza en la vida eterna. Por tanto, yo desearía pedir a los hospitales, a los médicos y, sobre todo, a los parientes, especialmente en el actual clima de secularización, que faciliten al enfermo el acercamiento a Dios, dado que en su enfermedad experimentan nuevos interrogantes que solamente en Dios pueden encontrar respuesta.

LA DESNUTRICIÓN, CAUSA DE GRAVES ENFERMEDADES

7. En muchas zonas del mundo el tema que habéis comenzado a estudiar en vuestro grupo de trabajo tiene una importancia extraordinaria concretamente el problema de la desnutrición. El problema aquí no es meramente el de la escasez de alimentos, sino también el de la calidad de los alimentos, si es adecuado o no para el desarrollo sano de la persona en su totalidad. La desnutrición es causa de enfermedades que dificultan el desarrollo del cuerpo e impide igualmente el crecimiento y la madurez del entendimiento y de la voluntad.

El estudio que ha sido realizado hasta este punto y que ahora está examinando con todo detalle en este coloquio aspira a identificar y tratar las enfermedades asociadas con la desnutrición. Al mismo tiempo subraya la necesidad de adaptar y perfeccionar métodos de cultivo, métodos que sean capaces de producir alimentos con todos los elementos que puedan garantizar una decorosa subsistencia humana y el pleno desarrollo físico y mental de la persona.

Es mi esperanza ferviente y mi ruego de que vuestras deliberaciones estimulen a los gobiernos y pueblos de los países económicamente más avanzados a ayudar a las poblaciones más severamente afectadas por la desnutrición.

8. Señoras y Señores, la Iglesia católica, que en el próximo Sínodo Mundial de los Obispos celebrará el vigésimo aniversario del Concilio Vaticano II, corroborará las palabras que los padres del Concilio dirigieron a los hombres y mujeres de pensamiento y de ciencia: «No podíamos, por tanto, dejar de encontraros. Vuestro camino es el nuestro. Vuestros senderos no son nunca extraños a los nuestros. Somos amigos de vuestra vocación de investigadores, aliados de vuestras fatigas, admiradores de vuestras conquistas y, si es necesario, consoladores de vuestros desalientos y fracasos».

Con estos sentimientos invoco las bendiciones de Dios, el Señor de la vida, sobre la Pontificia Academia de Ciencias, sobre todos los miembros de estos dos grupos de trabajo presentes y sobre sus familias.

LH IV-6 NOTA SOBRE EUTANASIA

Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe
(15 de abril de 1986).

Ecclesiae 1 (1988) 820-23

Cuando el autor del libro del *Eclesiastés* escribía hace veintitrés siglos su bello poema «Todo tiene su tiempo... tiempo de nacer y tiempo de morir» (3,1-2), vivía en una época muy distante de la nuestra, en la que el nacer y el morir se comprendían como acontecimientos naturales que tenían su tiempo y que apenas admitían intervención o modificación. El rápido y acelerado progreso de las ciencias biomédicas están alterando crecientemente estos acontecimientos, primero y último de la existencia humana. La ciencia biomédica inter-

viene en el origen de la vida humana desde intereses contrapuestos: por una parte, algunas de las técnicas destruyen la vida humana ya concebida; por otra parte, una tecnología aún más sofisticada y costosa hace posible que un número importante y creciente de personas puedan ver realizado su deseo de paternidad.

En el otro extremo de la vida, el morir está siendo también alterado en su tiempo. El niño o la niña, que vienen hoy al mundo en los países técnicamente desarrollados, tienen una esperanza de vida que duplica la de no hace muchos años. Los avances de la medicina permiten disponer de terapias con las que se pueda luchar eficazmente contra muchísimas enfermedades, y hacen posible su curación y la prolongación de la vida de numerosos pacientes.

Pero, como todo progreso humano, también el avance en la lucha contra las enfermedades y la muerte tiene sus contrapartidas. En la

literatura reciente se ha acuñado el término de *encarnizamiento terapéutico* para referirse a una acción médica, centrada en prolongar la vida del enfermo, pero que puede ser extraordinariamente cruel para el mismo paciente, ya que significa la prolongación de un proceso irreversible, acompañado de graves dolores y angustias. Se suelen citar ejemplos de personalidades famosas, cuya muerte levantó la sospecha en la opinión pública de si no se había incurrido en el citado *encarnizamiento terapéutico*.

La muerte está dejando de tener su tiempo porque nuestra cultura no sabe cómo integrarla en nuestra concepción de la vida. La literatura reciente en torno a la muerte señala que sobre ésta pesa un importante tabú y que nuestra sociedad la margina y la oculta. Se escribe mucho sobre la dificultad del hombre de nuestro tiempo para integrar el hecho de la muerte. La perspectiva de la muerte crea en muchos de nuestros contemporáneos una inmensa angustia, que dificulta extraordinariamente nuestra relación con el enfermo grave: no sabemos acercarnos a él, acompañarle en sus temores y esperanzas, proporcionarle el apoyo y calor humano que tanto necesita.

Un número cada vez mayor muere en los grandes hospitales, donde los niveles de asistencia técnica son muy elevados, mientras que la asistencia humana de acompañamiento al enfermo o al moribundo es extraordinariamente pobre. Se subraya que no sólo es el personal sanitario el que tiene dificultades para establecer una relación personalizada con el paciente, sino que aun la misma familia no sabe hacerlo convenientemente, creando con frecuencia una situación de falta de información o de mentiras en torno al enfermo, que bloquean su comunicación con los seres más queridos. Dentro de esta crítica general se incluye también a veces a los capellanes de las distintas religiones, que asimismo tienen el peligro de limitarse a una atención ritual o sacramental, pero sin aspirar a crear un clima de diálogo y de acompañamiento a la persona enferma.

LA ACTUAL POLÉMICA EN TORNO A LA EUTANASIA

El debate actual sobre la eutanasia es inseparable de este modo de vivir nuestra cultura la muerte. La palabra *eutanasia* es de origen griego, y significaba inicialmente *buena muerte*, sin dolores, en plenitud de conciencia. Desde el siglo XVI tiene su significado actual: la aceleración o provocación de la muerte de un enfermo, realizada por otra persona, con el fin de acabar con sufrimientos intolerantes e inútiles. La polémica sobre la legitimidad de la eutanasia, que se había apagado con la difusión del cristianismo en nuestra cultura, reaparece en el siglo XIX al crearse los primeros movimientos y asociaciones en favor de esa práctica.

Hoy vuelve a ser aguda la discusión sobre la eutanasia. En este hecho influyen una serie de factores: el proceso de secularización, la crisis de los valores religiosos en el mundo occidental, la absolutización de la libertad de la persona, que lleva a afirmar que el paciente terminal tiene el derecho de disponer de su propia vida si así lo desea. Es también indiscutible que la permisividad legal respecto del aborto tiene también su repercusión en el asunto de la eutanasia. Cuando la ley admite que la vida en gestación puede ser suprimida, se está en el plano inclinado para admitir igualmente la supresión de otras vidas humanas.

En nuestro país ya se oyen voces que favorecen la aceptación de la eutanasia. Es un asunto que preocupa actualmente a toda la Iglesia y en el que nuestra responsabilidad de pastores nos exige decir una palabra iluminadora, dirigida tanto a los creyentes como a los hombres y mujeres de buena voluntad que se sienten preocupados por la eventual legalización de la eutanasia. Hace pocos años, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe hizo público un documento sobre la eutanasia, al que también se ha referido en algunas ocasiones el papa Juan Pablo II¹. Varias conferencias episcopales

han abordado este tema en los últimos años². En comunión con la Iglesia católica, la Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe se dirige ahora a los católicos y a la sociedad española con esta nota.

EL MENSAJE CRISTIANO SOBRE LA MUERTE Y LA VIDA

Ni el Antiguo ni el Nuevo Testamento abordan directa y explícitamente la eutanasia. La Biblia, sin embargo, contiene una afirmación fundamental: Dios es el Señor de la vida y de la muerte; Él es el creador, el que ha llamado al hombre a la existencia y le ha dado la vida como un don, como una bendición que el hombre debe cuidar y favorecer, pero nunca suprimir³. En la tradición bíblica hay una línea de avance y progreso, que subraya crecientemente el valor de toda vida humana y su disponibilidad. El *no matarás*⁴ adquiere un ámbito de aplicación cada vez más amplio, de tal forma que el principio de la inviolabilidad de la vida humana se ve extendido a toda persona. Jesús le da una especial fuerza a la exigencia de respeto a toda vida humana. La Iglesia, ahondando en este principio, enseña explícitamente que la inviolabilidad de la vida humana se extiende a cualquier fase de la vida del hombre.

Para Jesús, sin embargo, la vida biológica y temporal del hombre, aun siendo un valor fundamental, no es el valor absoluto y supremo. Para Él el único absoluto es Dios y su Reino. En consecuencia, en el servicio a Dios, al prójimo y a la comunidad, el hombre puede entregar su vida, gastarla y hasta acortarla, mientras no atente directamente contra ella.

Jesús afirma que quien quiera salvar su vida, la perderá; pero quien la dé por su causa, la encontrará⁵; que nadie tiene más amor que el que da la vida por sus amigos⁶. Para quien cree en Jesús, Él es su modelo tanto en la vida como en la muerte⁷. Jesús experimenta su muerte como el acto final de abandono en las manos del Padre, como entrega definitiva a la misión recibida. La vida de Jesús, configurada por el «aquí estoy para hacer tu voluntad»⁸, acaba con el «en tus manos encomiendo mi espíritu»⁹. Jesús no se quita la vida, sino que la entrega libre, confiada y generosamente en manos del Padre «por nosotros los hombres y por nuestra salvación»¹⁰.

El cristiano, llamado por su fe a seguir a Jesús cuando se entrega, debe también participar, cercano a la muerte, de los mismos sentimientos del Señor. Para el seguidor de Jesús, la muerte no es un sinsentido, sino el momento en que entrega su vida en manos de un Dios, que le ha llamado a la existencia, que le ha cuidado providentemente y al que, finalmente, se entrega con confianza. Su muerte no es un sacrificio inútil, es como el grano de trigo, caído en tierra, que necesita morir para dar fruto abundante¹¹. De esta forma, en el vivir y en el morir somos del Señor¹².

DISTINTAS SITUACIONES EN TORNO A LA EUTANASIA

Antes indicábamos que, para la fe cristiana, la vida humana es un valor fundamental, pero no el bien absoluto que deba ser salva-

1448. A dos grupos de trabajo promovidos por la Pontificia Academia de Ciencias, *Ecclesia* n.º 2.244 (1985), 1451.

2. Consejo Permanente de la Conferencia Episcopal de Alemania, *El derecho del hombre a la vida y la eutanasia*, diciembre 1974, *Ecclesia* (1975), 1239-41. Consejo Permanente de los Obispos Franceses, *Nota sobre la eutanasia*, junio 1976, *Ecclesia* (1976). Obispos de Inglaterra y del País de Gales, *Declaración sobre la eutanasia*, *La Documentación Católica*, 72 (1975), 46. Comisión Familiar del Episcopado de Francia, *Vie et mort sus commandes*, *La Documentation Catholique*, 81 (1984), 1126.

3. Núm. 14, 28; 27, 16; 2 Re 2, 2; Job 12, 10; 34, 14; Sal 104, 29c; Jer 10, 10; Ez 20, 31; 33, 11; Gn 4, 10; 9, 5-6; Ex 21, 12; 2 Sam 12, 5-12; Sal 72, 14; Act 14, 15; 17, 25; 1 Tim 6, 13.

4. Ex 20, 13; Dt 5, 17.

5. Mt 16, 25; 10, 39; Lc 17, 33; Jn 12, 25.

6. Jn 15, 13; Mt 16, 25; 1 Jn 3, 14.

7. Filip 2, 5.

8. Heb 10, 7.

9. Mt 27, 46; Mc 15, 34.

10. Credo de la Misa.

11. Jn 12, 24.

12. Rom 14, 7-9; Filip 1, 20-21.

1. Cfr. *Sacra Congregatio Pro Doctrina Fidei, Declaratio huius et bonae de eutanasia, e suicidii*, 1980: AAS 72 (1980), 1542-1552 (versión española en ocho documentos de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, Ed. por la Conf. Ep. Española, Secretariado de la C.E. para la Doctrina de la Fe, Madrid, 1981, 145-163). Juan Pablo II, *discurso a los obispos de Estados Unidos*, *Ecclesia* n.º 1.954 (1979), 1314. A los miembros de la Asociación Médica Mundial, *Ecclesia* n.º 2.150 (1983).

guardado de forma incondicional. Esta valoración de la vida humana ha estado presente en la tradición moral católica: la Iglesia nunca ha admitido la llamada eutanasia activa (o positiva) directa, es decir, la acción con la que se pretende exclusivamente poner fin a la vida de un paciente o acelerar su muerte. Tal práctica es un atentado contra la indisponibilidad de la vida humana¹³.

Pero la tradición de la Iglesia ha admitido, basándose en el principio moral del doble efecto, la legitimidad del recurso a calmantes (por ejemplo, ciertos derivados de la morfina), aunque su administración pudiese ocasionar indirectamente un acortamiento de la vida¹⁴. La misma moral católica, basándose en la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios o, mejor, proporcionados y no proporcionados¹⁵, afirma también que la Medicina no está siempre obligada a hacer todo lo posible para prolongar la vida de un paciente. Existen situaciones en las que es legítimo, e incluso hasta obligatorio, abstenerse de aplicar terapias no proporcionadas y no habituales que únicamente sirven para prolongar abusivamente el proceso irreversible de morir.

Así se expresaba el mencionado documento «Declaración sobre la eutanasia», de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe: «Nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, aunque se trate de un enfermo incurable o agonizante. Nadie puede pedir esta acción homicida para sí o para otros, confiados a su responsabilidad. Ninguna autoridad puede legitimarlo o permitirlo. Es una violación de la ley divina, una ofensa a la dignidad humana, un crimen contra la vida y un atentado contra la humanidad». Dicha *Declaración* rechaza, consiguientemente, la eutanasia positiva directa.

Pero la «Declaración sobre la eutanasia» afirma, a la vez, que siempre es lícito contentarse con los medios normales y habituales que la Medicina ofrece. Hay, sin embargo, terapias en uso que conllevan serios peligros o incluyen gastos exagerados, cuya aplicación no puede imponerse como obligatoria. El no utilizar tales terapias no equivaldría al suicidio: significaría más bien «o simple aceptación de la condición humana o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o a la colectividad. Ante la inminencia de una muerte inevitable, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares».

En consecuencia, con los principios anteriores la *Declaración* reconoce como legítimo «el derecho a morir con serenidad, con dignidad humana y cristiana». También prefiere hablar de medios «proporcionados y desproporcionados», en lugar de «ordinarios y extraordinarios»: a la hora de valorar el carácter desproporcionado de una terapia no sólo deben tenerse en cuenta sus costes y complejidad, sino que hay que ponderar sus dificultades y riesgos, las probabilidades de éxito, las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.

Todo ello significa que debe valorarse positivamente lo que algunos llaman *ortotanasia*, es decir, la muerte a su tiempo, respetando la dignidad humana del paciente y evitándole abusivas prolongaciones de su vida¹⁶. Comprendemos que no es fácil aplicar estos prin-

cipios a las complejas situaciones concretas que pueden presentarse y, sobre todo, es muy comprensible que el personal sanitario —por el hecho de su profesión y por su formación al servicio de la vida del enfermo— no renuncie a la aplicación de cuantas terapias tenga en sus manos. Pero también se ha de afirmar claramente que ni la Medicina ni la enfermería están obligadas a hacer todo lo posible siempre para prolongar la existencia, a veces meramente biológica, del paciente; que hay situaciones en las que lo más humano y lo más cristiano es permitir que el paciente pueda morir —contando con su propia opción o la de sus familiares— en paz y con dignidad.

Un caso específico —donde hoy más agudamente se plantea el problema de la eutanasia— es el nacimiento de niños con anomalías o malformaciones congénitas. Es un campo en el que la aceptación legal y social del aborto puede tener mayores repercusiones; si hasta la veintidós semana o incluso más adelante se admite el aborto, cuando existe probabilidad de que el feto sea portador de anomalías, se está en el plano inclinado para admitir la eutanasia eugénica. En este problema tienen también su aplicación los principios generales antes expuestos. Sin poder abordar ahora los casos complejos que puedan presentarse y poniendo como ejemplo dos casos extremos, afirmamos que es legítimo no prolongar con medios ordinarios, que en este caso serían no proporcionados —nunca atentando directamente contra ella—, la vida de un niño anencefálico, que por carecer de un cerebro estructurado no va a poder desarrollar un mínimo de personalidad y está irremisiblemente abocado a una muerte temprana. Por el contrario, consideramos éticamente inaceptable que se niegue la atención médica o una intervención quirúrgica a un niño con el síndrome de Down (mongolismo), que se le habrían proporcionado si no estuviese afectado por tal enfermedad. Se trata de verdaderos seres humanos que, a pesar de su déficit intelectual, tienen grandes posibilidades de desarrollo de su vida afectiva y de relación interpersonal. Es una grave falta de humanidad el negar a estos niños las atenciones que merecen y que no se les habría rehusado si no estuviesen afectados por su enfermedad.

EL PROBLEMA DE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

Son bastantes las voces en diferentes países que solicitan la despenalización de la eutanasia positiva directa. Pero la aceptación legal de la eutanasia constituiría un gravísimo riesgo contra un valor básico y fundante del orden social que el legislador tiene que proteger, el respeto a la vida humana, ya puesto en grave peligro por la admisión legal del aborto y un gravísimo deterioro de la conciencia moral y humana.

Por otra parte, son bastantes los estudios que subrayan que, con mucha frecuencia, detrás de la petición de eutanasia por parte del enfermo, hay una llamada en clave por la que solicita la atención y el calor humanos que no sabemos darle. También insisten estos estudios en que el paciente terminal atraviesa por una serie de fases psicológicas características, en algunas de las cuales puede solicitar que se ponga fin a su vida sin que éste sea su auténtico y definitivo deseo.

Frecuentemente, quien va a morir se da cuenta de ello de modo más o menos confuso. La angustia que experimenta repercute en su dolor físico y lo aviva. Es necesario, pues, tratar a la vez la angustia y el dolor antes de que la angustia domine al enfermo; pero esto no es posible si quienes cuidan al enfermo se dejan vencer por su propia angustia. Por desgracia, en nuestra sociedad la angustia ante la muerte puede ser tan grande y tan poco reconocida que ni la familia ni el personal hospitalario quieren encontrarse con la muerte del otro, ni establecer una real comunicación con quien está muriéndose, ni acompañarle durante esta última etapa de su vida, cuando el hombre tiene

hundo, ya inútil, desahuciado, sin esperanza humana de recuperación, y para ello no sólo utilizando los medios ordinarios, sino los extraordinarios, muy costosos en sí mismos. En la eutanasia se busca poner fin a la vida de un paciente —por acción u omisión—, anticipando terapéuticamente su muerte. En la *distanasia* se busca impedir o suspender el proceso de la muerte biológica del enfermo. Entre una eutanasia que aproxima la muerte y una *distanasia* que la retrasa desproporcionadamente habría que situar la *ortotanasia*, la muerte en el momento conveniente para la persona.

13. Vaticano II, *Gaudium et Spes*, 27.

14. Pertenece al contenido del «derecho a morir humanamente» el proporcionar el moribundo todos los medios oportunos para calmar el dolor, aunque ese tipo de terapia comporte una abreviación de la vida y suma al moribundo un estado de inconsciencia. Sin embargo, no se le puede privar al moribundo de la posibilidad de asumir su propia muerte ni de la libertad de optar por vivir lúcida y serenamente aunque con dolores.

15. Preferimos utilizar la terminología de «medios proporcionados y no proporcionados» a la de «ordinarios y extraordinarios». Llamamos «proporcionados» a aquellos medios que, en las concretas circunstancias del progreso de la ciencia médica, son debidos para conservar una vida humana por humanidad o por justicia, con ponderada atención a los resultados cuantitativos o cualitativos previsibles, tanto médicos como vitales; estos medios proporcionados pueden ser habituales o relativamente habituales. Llamamos «medios no proporcionados» a aquellos que no son debidos ni por humanidad ni por justicia y, por tanto, no son exigibles por ningún título.

16. Se ha definido la *distanasia* como la «práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un mori-

más necesidad de una presencia de otro para morir humanamente. Por otra parte, los éxitos conseguidos en determinadas instituciones, en las que se da un gran relieve a la relación interpersonal con el paciente y al alivio de sus dolores, indican el camino por donde se debería avanzar. Además, la medicina y la enfermería tienen ante sí el reto de una utilización idónea y racional de los calmantes que pueden aminorar o suprimir los dolores de los enfermos, que frecuentemente son la causa de su petición.

Puede ser también preocupante el deterioro de la imagen social del médico, que podría convertirse, en el caso de admitirse la eutanasia, en un agente de muerte, dificultándose, de esta forma, la creación de una relación de confianza con el enfermo. La aceptación de la eutanasia podría prestarse a importantes abusos, como consecuencia de los intereses económicos que derivan de la muerte de bastantes personas.

Finalmente, la legalización de la eutanasia constituiría un grave paso adelante en el deterioro del respeto hacia la vida humana; significaría seguir avanzado por ese plano inclinado que podría llevar a gravísimas consecuencias. En el contexto de sociedades envejecidas, en las que las personas de edad avanzada ven negado su derecho a ocupar un sitio en el entramado social, en las que se tiende a valorar a la persona por su capacidad de rendimiento o de producción, se darían pasos para avanzar, desde la eutanasia solicitada por el enfermo, a la misma práctica aplicada a personas inconscientes e incluso en contra de su voluntad.

REFLEXIONES Y EXHORTACIONES FINALES

Como indicábamos anteriormente, el problema de la eutanasia es inseparable de las actitudes vigentes en nuestras sociedades ante el hecho de la muerte. Es necesario reintroducir la muerte en nuestros esquemas mentales, sin negarla ni reprimirla. La muerte forma inevitablemente parte de la vida y su represión origina en nosotros sentimientos de angustia y bloquea nuestra relación con las personas que están próximas al fin de su existencia. Es necesario aclarar nuestra compasión por el enfermo terminal, para saber descubrir en ella nuestro propio miedo a la muerte, que nos impide una relación humana adecuada con quien se está muriendo.

La fe cristiana debe ser una gran ayuda para saber integrar el hecho de la muerte. Esta no es el término sin más de la vida, sino el camino hacia una vida definitiva junto a Dios. Quien cree en Jesús debe aspirar a mirar cara a cara a la muerte, como tránsito hacia los brazos de un Padre que cumplirá el deseo de perpetuidad y de felicidad grabado en el corazón del ser humano. Es necesario una actitud más sana ante la muerte, como condición imprescindible

para saber estar cerca del enfermo grave o del moribundo, para saber sostener con cariño su mano o su mirada angustiada.

Se ha de crear la conciencia de que el enfermo necesita muchas cosas más que la aplicación de terapias médicas sofisticadas. Nuestros grandes hospitales tienen el peligro de convertirse en instituciones deshumanizadas, en las que un gran número de personas se inclinan diariamente sobre el lecho del paciente, sin que ninguna de ellas se relacione personal y humanamente con aquél. Pero esta relación interpersonal es decisiva para la atención del enfermo, incluso desde el mismo punto de vista terapéutico. La necesidad de humanizar los hospitales es un gran reto y una necesidad imperiosa que debería urgir a los profesionales de la medicina y de la enfermería. El personal sanitario creyente tiene ante sí un maravilloso campo de acción en que plasmar las consecuencias y las exigencias de la fe.

Tanto los capellanes como los religiosos y religiosas que trabajan en las instituciones sanitarias se encuentran, en este orden de cosas, ante unas tareas y unas exigencias ineludibles; por ello, junto al cultivo de su pericia médica, deben esforzarse por incrementar sus conocimientos de psicología y sociología para relacionarse mejor con la persona enferma y, sobre todo, aportar un gran testimonio de caridad y de humanidad en unos centros donde los niveles de respeto y de afecto hacia la persona enferma son seriamente deficitarios.

La Iglesia se siente enviada especialmente a predicar la buena noticia a los más pobres y desheredados. Entre éstos ocupan un lugar privilegiado los enfermos y los moribundos, los que sienten en su propia carne el dolor, la angustia y la desesperanza. Los enfermos estuvieron muy cerca de ese Señor, que pasó por la vida haciendo el bien y curándolos¹⁷. En el atardecer de la vida nos podrán decir: «venid, benditos de mi Padre, porque estuve enfermo y me visitasteis»¹⁸. Esta debe ser la actitud de los cristianos ante su hermano o hermana enfermo. *Vistar* significa mucho: saber estar cerca, intentar dar calor humano, compartir los miedos y las esperanzas de aquel que, precisamente porque sufre, es sacramento del Hijo de Dios, que se anonadó a sí mismo, compartiendo nuestro destino y nuestra muerte.

En Madrid, a 15 de abril de 1986. Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe.

Don Antonio Palenzuela

Obispo presidente

**Don Ángel Temiño, don Antonio Briva,
don Eduardo Poveda y don Antonio Vilaplana**

Obispos vocales

Don Antonio Cañizares

Secretario

17. Act. 10, 38.

18. Mt. 25, 36.

DIGNIDAD Y DERECHOS DE LA PERSONA HUMANA

Documento de la Comisión Teológica Internacional.
Ecclesia 2 (1985) 1000-1009.

INTRODUCCIÓN

1. Importancia y significado del presente estudio

La misión de la Iglesia consiste en anunciar el *kerygma* de la salvación para todos los hombres, realizada por Cristo crucificado y resucitado. Dicha salvación encuentra su primer origen en el Padre, que ha enviado al propio Hijo como redentor, y es comunicada a las personas humanas concretas como participación en la vida divina mediante la infusión del Espíritu Santo.

La aceptación del *kerygma* cristiano exige una adhesión de fe, y la nueva vida otorgada mediante la gracia implica una conversión que implica múltiples consecuencias en todos los campos de actividad del creyente. En esta perspectiva, la Iglesia coloca —y no puede dejar de hacerlo— la proclamación y la enseñanza sobre la dignidad y los derechos de la persona humana, que los cristianos deben respetar fielmente en todo hombre.

Tal deber y tal derecho del pueblo de Dios a proclamar y a defender la dignidad de la persona humana se imponen de forma particular, en nuestros días, cuando son evidentes, por una parte, la crisis profunda de los valores humanos y cristianos y, por otra, la toma de conciencia, más viva y profunda por parte de todos, de las injusticias cometidas contra la persona humana.

De este deber y de este derecho habla claramente el nuevo Código de Derecho Canónico en el canon 747: «Es misión de la Iglesia anunciar siempre y en todas partes los principios morales incluso sobre el orden social, y así emitir el juicio sobre cualquier realidad humana, dado que lo exigen los derechos fundamentales de la persona humana o la salvación de las almas». Hoy, en la predicación, en la actividad y en la vida de la Iglesia se atribuye justamente y con fuerza una importancia muy particular a los derechos del hombre.

Al citado dinamismo pretende asociarse la CTI en la medida de las propias posibilidades. Después de haber señalado los equívocos que se deben evitar (cfr. más adelante los nn. 2-3) se propondrán algunas tesis de la doctrina teológica en la materia, sobre todo la contenida en la Sagrada Escritura (A.I.1) y en el actual magisterio romano (A.I.2).

Aparecerán así dos grandes líneas de pensamiento, inspiradas, la primera, en el «derecho natural de las gentes»¹, y la otra en la teología de la historia de la salvación. A este segundo género de consideraciones, particularmente actuales, se prestará una especial atención, a fin de que pueda verse de qué forma, para cada uno de nosotros y para los demás, debe ser considerada la dignidad humana en el hombre creado (A.II.1), pecador (A.II.2) y redimido (A.II.3). En la tercera parte, finalmente, nos enfrentaremos con algunas situaciones concretas (B.I, 1-4) y se propondrán algunas reflexiones filosóficas (B.II.1) y jurídicas (B.II.2).

2. Jerarquía de los derechos humanos

Algunos derechos del hombre son tan fundamentales que jamás pueden ser rechazados sin que se ponga en peligro la dignidad mis-

ma de la persona². Bajo esta óptica, el pacto internacional del año 1966³, afirma que algunos derechos jamás pueden ser violados, como, por ejemplo, «el derecho a la vida» (art. 6), «la dignidad inherente a la persona humana» (arts. 10 y 7), la «igualdad fundamental» (arts. 2 y 26), «la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión» (art. 18). Bajo ciertos aspectos⁴, la libertad religiosa puede considerarse como el fundamento de todo otro derecho, si bien otras opiniones atribuyen tal prioridad a la igualdad de todos los hombres.

Otros derechos se sitúan en un nivel inferior⁵ aun cuando sean éstos también esenciales en su raíz, como, por ejemplo, para algunas categorías particulares de personas, ciertos derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales. Bajo algunos aspectos, en efecto, dichos derechos pueden, a veces, aparecer solamente como consecuencias contingentes de los derechos fundamentales, como condiciones prácticas de su aplicación perfecta, pero también vinculados a circunstancias históricas y geográficas. Por ello, tales derechos pueden parecer menos intangibles, sobre todo en circunstancias difíciles, con tal de que de esta forma no se llegue a negar los mismos derechos fundamentales.

Otros derechos del hombre, por último, se pueden considerar como postulados del ideal que se impone y del progreso querido por la común generación de la *humanización*, más que como exigencia del derecho de las gentes y como normas estrictamente obligatorias. Semeljantes derechos proceden del *común ideal* de la humanidad, al que deben aspirar los responsables del bien común y de la vida política, según el deseo de todos los ciudadanos, recurriendo, si el caso lo exige, también a «medidas progresivas de carácter internacional»⁶.

En las decisiones concernientes a la aplicación práctica de los derechos menores se tendrán siempre presentes las exigencias del bien común, es decir —como explica la *Gaudium et spes* en el n. 26—, «el conjunto de aquellas condiciones de la vida social que permiten tanto a los grupos como a los miembros individuales, alcanzar la propia perfección de forma más completa y hábil».

3. Diversas concepciones de la «dignidad de la persona humana»

La expresión «dignidad de la persona humana», que aparece con frecuencia en la presente tesis, asume, sin embargo, significados diversos en el lenguaje actual; es necesario, por ello, evitar todo equívoco.

Algunos hacen consistir la dignidad humana en una absoluta autonomía, separada de toda relación con un Dios trascendente, cuando no llegan a negar la existencia de un Dios creador y providencial⁷; otros, en cambio, reconocen ciertamente la consistencia y el valor del hombre, como también su autonomía relativa e insisten en el respeto de las libertades personales; sin embargo, afirman que el fundamento último de dicha autonomía y de tales libertades se encuentra en la relación del hombre con la trascendencia suprema divina, si bien

2. Declaración Universal de los Derechos del Hombre (10 diciembre 1948) Art. 5.2.

3. Pacto Internacional relativo a los derechos civiles y políticos (16 diciembre 1966).

4. Cfr. Juan Pablo II, Declaración al quinto coloquio de juristas, 30 marzo 1984, en *O. R.*, 11 marzo 1984, 8.

5. Pacto Internacional relativo a los derechos civiles y políticos, cit., art. 5.2.

6. Declaración Universal de los Derechos del Hombre, cit., preámbulo (final).

7. *Gaudium et spes*, 20; tesis B, 1, 3.

1. *Gaudium et spes*, 79, párrafo 2.

de esta última ofrecen posteriormente diversas interpretaciones⁸.

Otros, finalmente, se refieren a la teología de la historia de la salvación para encontrar el origen y el verdadero significado de la dignidad del hombre. A pesar de tener en cuenta el pecado (cfr. Teología A.II.2), tratan de iluminar el misterio o la condición del hombre mediante la incorporación de los hombres en Jesucristo, perfecto Dios y perfecto hombre⁹.

A) TEOLOGÍA DE LA DIGNIDAD Y DE LOS DERECHOS DEL HOMBRE

I. La aportación de algunas fuentes teológicas

I. Perspectivas bíblicas

La Sagrada Escritura no habla evidentemente de los derechos del hombre, según nuestro vocabulario de hoy; sin embargo, plantea algunas premisas, de las que es posible deducir una doctrina más evolucionada y sobre los derechos de la persona humana.

Los fundamentos de la vida moral y social del pueblo de Israel están constituidos por un pacto, por una alianza entre Dios y sus criaturas. En su misericordia hacia los hombres débiles y pobres, Dios revela su *justicia (sedaque jahweh)*, pero exige de los hombres, como contrapartida, la obediencia a sus preceptos. La observancia de dicha ley incluye el respeto por los derechos de los otros hombres en lo que concierne a la vida, al honor, a la verdad, a la dignidad del matrimonio, al uso de los propios bienes; y se deben respetar de forma muy especial los *anawim jahweh*, es decir, los pobres y los oprimidos.

De esta forma, a cambio de sus dones, Dios exige de los hombres una idéntica disposición espiritual de misericordia y de fidelidad (*hesed weemetz*). A los derechos de las personas corresponden las responsabilidades y los deberes de los demás, como demostrará al respecto el apóstol Pablo, cuando compendia en la caridad el significado más profundo de la segunda parte del decálogo del Antiguo Testamento (Rom. 13, 8-10).

En el mismo Antiguo Testamento, los profetas han subrayado la necesidad de cumplir desde las profundidades del propio corazón (Jer. 31, 31-39; Ez. 36) las cláusulas morales de la alianza y han protestado con fuerza contra las injusticias tanto de las naciones como de las personas. Han suscitado la esperanza del pueblo en un salvador futuro.

Este reino de Dios, nuevo y al mismo tiempo definitivo, Jesús lo ha predicado e instaurado realmente en su persona y en sus obras. Exige una metanoia por parte de los discípulos; les anuncia la nueva justicia, mediante la cual ellos imitarán al Padre celestial (cfr. Mat. 5, 48; Luc. 6, 36), y como consecuencia de la cual considerarán y tratarán a todos los hombres como hermanos.

Jesús ha asumido la parte de los pobres y de los infieles, ha condenado la dureza del corazón de los soberbios y de los ricos, que depositan su esperanza en los bienes propios. Con sus palabras y con su ejemplo, Jesús, en el momento de su muerte y de su resurrección pascual, ha adoptado la actitud activa de la *pro-existencia*, es decir, de la entrega total y del sacrificio de la propia vida por los demás. «No consideró un tesoro codiciable» (Fil. 2, 6) el hecho de poseer todos los derechos divinos y humanos, sino que renunció a imponerlos y, de esta forma, «se despojó a sí mismo» (Ibid. 2, 7). «Haciéndose obediente hasta la muerte» (Ibid. 2, 8), derramó y ofreció por el bien de todos los hombres la propia sangre en una *nueva alianza* (Luc. 22, 30).

Los escritos apostólicos muestran a la Iglesia de los discípulos de Jesús como una nueva creación efectuada por el Espíritu Santo. Mediante su acción, en efecto, las personas humanas son enriquecidas con la dignidad de hijos adoptivos de Dios. En relación con los demás hombres, los frutos del Espíritu Santo en el cristiano son: caridad, paz, paciencia, bondad, benevolencia, dominio de sí, longanimidad y dulzura; por otra parte, esta transformación interior y moral excluye las enemistades, las discordias, las rivalidades, la cólera,

las peleas, las disensiones, las divisiones, las envidias, los homicidios (cfr. Gal. 5, 19-23).

2. El magisterio romano contemporáneo

En nuestros días, el supremo magisterio romano de la Iglesia católica defiende con fuerza y con numerosas intervenciones la dignidad de la persona humana y los derechos de los hombres. Recordemos, sobre todo, la enseñanza y el celo constante de los pastores romanos: Juan XXIII (*Paxem in terris*), Pablo VI (*Populorum progressio*), Juan Pablo I (*Redemptor hominis*, *Dives in misericordia*, *Laborem exercens*) y los discursos pronunciados en todo el mundo con motivo de las visitas pastorales. [Ndr cfr. también *Sollicitudo rei socialis*].

Singular atención merecen también las enseñanzas del Concilio Ecuménico Vaticano II, especialmente la constitución pastoral *Gaudium et spes*, en los nn. 12 ss (consagrados a la dignidad humana) y en el n. 41 (donde se trata sistemáticamente de los derechos del hombre). El nuevo Código de Derecho Canónico, promulgado en el año 1983 y que en cierto modo es el último acto del Concilio Vaticano II¹⁰, reserva un particular tratamiento a los «deberes y derechos de todos los fieles cristianos en la vida de la Iglesia» (can. 208-223).

En esta predicación apostólica moderna se evidencian dos líneas principales, por otra parte, complementarias. La primera, que podría denominarse ascendente, se refiere al derecho natural de las gentes, basado en consideraciones y argumentos de razón, pero confirmado y elevado por la revelación divina, con la fuerza del Evangelio. Bajo este aspecto, el hombre aparece, no como un objeto o un instrumento que otros podrían manipular, sino como fin intermedio, cuyo bien es considerado por sí mismo y en relación con Dios.

El hombre, en efecto, está dotado de un alma espiritual, de razón, de conciencia, de sentido de la responsabilidad; y está llamado a participar activamente en la vida de la sociedad. Las relaciones entre los hombres, por tanto, deben ser tales que esta dignidad fundamental del hombre sea respetada en toda persona, la justicia y la benevolencia sean universalmente observadas y, en la medida de lo posible, puedan remediarse las necesidades de todos.

Descendente, en cambio, podemos definir la otra línea doctrinal que encontramos nuevamente en la enseñanza apostólica actual. En efecto, a la luz del Verbo que ha asumido la condición humana y las exigencias del sacrificio pascual, aparecen el fundamento y la amplitud de los derechos del hombre. Gracias a la intervención divina, todos los hombres son enriquecidos con la dignidad de hijos adoptivos de Dios y se convierten, al mismo tiempo, en sujetos y beneficiarios de la justicia y de la caridad suprema.

Este fundamento cristológico de los derechos del hombre será objeto de un estudio particular en las tesis siguientes, que pondrán de relieve la luz y la gracia de la teología de la historia de la salvación. Baste mencionar aquí que el «principio de reciprocidad», que en muchas tradiciones religiosas y filosóficas es presentado como fundamento de los derechos del hombre, recibe un sentido cristológico en la predicación de Jesús: «Sed misericordiosos, como es misericordioso vuestro Padre (...); «tratad a los hombres de la manera en la que vosotros queréis ser tratados por ellos» (Luc. 6, 35 y 31).

II. La luz de teología de la historia de la salvación

1. El hombre considerado como criatura

En la enseñanza del Concilio Vaticano II se reserva una particular atención a la teología de la historia de la salvación, buscando nuevamente los vínculos existentes entre esa *teología* y nuestra dignidad humana. Ésta, en efecto, recibe una iluminación especial, si es considerada a la luz de Cristo creador (Juan 1, 3), encarnado (Ibid. 1, 14), condenado a muerte también «por nuestros pecados y resucitado para nuestra justificación» (Rom. 4, 25).

10. Muchas veces Juan Pablo II ha presentado así el significado de la nueva legislación canónica. Por ejemplo: A los participantes en el curso sobre el nuevo Código de Derecho Canónico, en C. R. 21-22 noviembre 1983, 1 y 4. A los participantes en el segundo curso sobre la nueva legislación canónica de la Iglesia, ibid., 9-10 diciembre 1983, 7. Discurso a la Rota Romana, en AAS 76 (1984) 644; exhortación apostólica, *Redemptoris donum*, ibid. 514.

8. Cfr. *Gaudium et spes*, 12, 14-16, 36; tesis A, II, 1-3.

9. Cfr. *Gaudium et spes*, 22, 32, 38, 45; tesis A, II, 3.

Así, pues, consideremos, en primer lugar, al hombre como un ser creado por Dios. Aquí se manifiestan aquella sabiduría, poder y honra de Dios, frecuentemente recordados por la Sagrada Escritura (especialmente Gen. 1-3), frente a las cuales, por otra parte, ni siquiera la razón humana permanece indiferente (Rom. 1, 20). En efecto, cuando, bajo ciertos aspectos, se considera al hombre como una creación de Dios, se observan singulares convergencias entre esta doctrina teológica, por una parte, y la filosofía metafísica y moral, por otra.

En la presentación bíblica de la creación del hombre, tres aspectos adquieren una importancia excepcional. Considerado en su integridad, el hombre aparece históricamente —al mismo tiempo— espíritu, alma y cuerpo (1 Tes. 5, 23). Él no es el simple producto de la evolución general de la materia, sino un efecto especialísimo de la acción de Dios, porque ha sido creado a su imagen (Gen. 1, 27).

El hombre no es solamente un ser corpóreo, sino que es también una inteligencia que busca la verdad, una conciencia y una responsabilidad, gracias a las cuales debe aspirar al bien, según las posibilidades de su libre arbitrio. En estas diferentes prerrogativas encuentra fundamentalmente aquella dignidad que se encuentra en todos los hombres, y que debe ser respetada en cada uno de ellos.

En efecto —y en esto consiste el segundo elemento característico de la exposición bíblica—, las personas humanas son creadas en una dimensión social, en la diversidad de los sexos (Gen. 1, 27; 2-24), que es el fundamento de la unión conyugal en una entrega de amor y de respeto entre los cónyuges y hacia los hijos que nacerán de tal amor humano, considerado en todas sus dimensiones.

Las familias se reúnen en unidades más amplias, en comunidades y en sociedades, en las que debe existir un idéntico respeto hacia las personas. Porque han sido creados por Dios y han sido dotados de las mismas cualidades características y fundamentales, todos los miembros del género humano son dignos de la máxima consideración.

«De la índole social del hombre —subraya la *Gaudium et spes*, en el número 25— aparece evidente que el perfeccionamiento de la persona humana y el desarrollo de la misma sociedad son interdependientes entre sí. En efecto, principio, sujeto y fin de todas las instituciones sociales es y debe ser la persona humana, como la que, por su naturaleza, tiene necesidad absoluta de la vida social».

Una tercera característica del hombre, considerado en su estado de «naturaleza creada», consiste en la misión que le ha sido confiada por Dios, de dominar (Gen. 1, 26) todos los seres del universo, en calidad de *regente* de las realidades terrenas. De esta forma, el hombre desarrolla la propia dignidad de múltiples maneras, inventando las técnicas, creando las bellas artes, las ciencias, las culturas, las filosofías, etc. Y en esto necesariamente tiene que estar presente también la preocupación por los derechos del hombre, dado que todas las actividades deben ser orientadas de forma tal que toda persona humana goce de una idéntica igualdad en la distribución de la coresponsabilidad, de los compromisos y de los beneficios. «Cuanto más crece el poder de los hombres —explica la *Gaudium et spes*, en el número 34— tanto más se extiende y se amplía su responsabilidad individual y colectiva».

2. El hombre en cuanto pecador

En el segundo estadio de la historia de la salvación nos encontramos con la realidad del pecado, como escribe San Pablo en la Carta a los Romanos (1, 21): «A pesar de conocer a Dios, los hombres no lo glorificaron como a Dios ni le dieron gracias, sino que se entontecieron en sus razonamientos, viniendo a oscurecerse su insensato corazón». Despreciando la justicia hacia Dios y hacia los hermanos, los hombres, contra toda razón, han preferido el egoísmo, el espíritu de dominio, las riquezas injustamente adquiridas, el rechazo de las responsabilidades y los falsos placeres de todo orden.

Una conducta semejante engendra en los corazones aquella ceguera interior, que hoy la Iglesia en su magisterio no cesa de denunciar como pérdida del *sentido del pecado*, fenómeno ampliamente difundido en nuestros días. De este gravísimo vacío moral puede nacer el peligro de que la práctica y la reivindicación de los derechos del hombre frecuentemente permanezcan estériles. A veces, en efecto, se corre el riesgo de orientar todos los esfuerzos hacia el cambio

de las *estructuras del pecado* sin alusión alguna a la necesidad de convertir los corazones.

No podemos olvidar que tales estructuras son normalmente fruto de culpas personales, que tienen su raíz en el mismo pecado original, y como una acumulación de culpas, son a veces definidas como el PECADO DEL MUNDO. Más aún, a causa, sobre todo, del constante repliegue egoísta sobre sí mismo provocado por el pecado, el hombre de hoy, en la medida en que dispone de mayores posibilidades técnicas y económicas, tanto más se siente tentado de comportarse como dueño absoluto (y no como un administrador delegado, dependiente de Dios), creando estructuras cada vez más opresoras respecto a los demás.

Al proclamar la doctrina del pecado en toda su integridad, la Iglesia exhorta a los hombres a la conversión del corazón (metanoia), a fin de que abandonen toda injusticia y practiquen la justicia en toda su amplitud. Esta justicia debe reconocer los derechos tanto de Dios-Padre, como de los hombres-hermanos.

Así entendida, la predicación de la doctrina del pecado constituye una valiosa contribución a la promoción de los derechos de la persona humana. Gracias a tal doctrina, los cristianos pueden prestar una contribución original al compromiso universal, hoy en marcha, para conseguir que se apliquen estos derechos. En el dinamismo de la predicación eclesial, se recuerdan el pecado y su influencia determinante sobre las *estructuras del pecado*, no para inducir pesimismo, sino para que se busquen los medios encaminados a recuperar y a restaurar la dignidad humana en la gracia de Cristo, ofrecida a todos. La *naturaleza decaída* es históricamente una esperanza de la redención.

Por otra parte, esta naturaleza decaída no es considerada —ni siquiera en los individuos más perversos— como carente de todo derecho y dignidad, o incapaz de toda acción positiva en la vida social (cfr. Rom. 2, 14). Es una imagen de Dios deformada, pero siempre capaz de ser reformada mediante la gracia; incluso antes de que esta renovación tenga lugar, dicha naturaleza conserva los propios derechos y es exhortada a promover el bien propio y de la sociedad.

Esta invitación, evidentemente, no debe ser presentada de forma tal que los hombres depositen toda su esperanza únicamente en el éxito terreno. El cristiano goza de la certeza de la esperanza teológica, no en lo que se refiere a las realidades penúltimas, es decir, las de este mundo, sino a las realidades últimas. Debe esforzarse constantemente por mejorar la sociedad, aun cuando acaso —siguiendo el ejemplo de Cristo— recoja solamente los frutos terrenos de la cruz y del fracaso humano. También en esta su conformidad a Cristo crucificado, todo hombre que busca la justicia prepara el reino escatológico de Dios.

3. El hombre redimido por Cristo

La singular importancia de la *TEOLOGÍA DE LA HISTORIA DE LA SALVACIÓN*, enseñada por el Concilio Vaticano II, se muestra evidente cuando se consideran los efectos de la redención conseguidos por Cristo Señor. Mediante su cruz y resurrección, Cristo redentor otorga a los hombres la salvación, la gracia, el dinamismo de la caridad, y ofrece también acceso más fácil a la participación de la vida divina; y, por ello mismo —como explica la *Gaudium et spes* en el número 38— «también inspira, purifica y fortalece aquellos generosos propósitos con los que la familia de los hombres trata de hacer más humana la propia vida y de someter toda la tierra con esta finalidad».

Estos dones, estas responsabilidades y derechos, los comunica Cristo a la *NATURALEZA HUMANA REDIMIDA*, y al mismo tiempo invita a todos para que, *MEDIANTE LA FE QUE OPERA POR MEDIO DE LA CARIDAD* (Gal. 5, 6), se integren en su misterio pascual. «Por esto hemos conocido el amor; Él ha dado su vida por nosotros; por tanto, también nosotros debemos dar la vida por los hermanos» (1 Juan 3, 16), sin ceder al egoísmo, a la envidia, a la avaricia, a todo tipo de desorden, a la ostentación de lujo, a la concupiscencia de los ojos y a la soberbia de la vida (Ibíd. 2, 16).

Por su parte, el apóstol Pablo describe esta muerte para el pecado y esta nueva vida EN CRISTO, de forma tal que los discípulos del Señor deben evitar toda orientación o afectación (cfr. Rom. 12, 3).

Como miembros de la comunión cristiana respetarán la diversidad de las vocaciones y de los dones, haciendo justicia a todos (Ibid. 12, 4-8), «amándose los unos a los otros con afecto fraterno, rivalizando en la estima mutua» (Ibid. 12, 10), «teniendo los mismos sentimientos los unos respecto a los otros, no aspirando a cosas demasiado elevadas y sometiéndose, en cambio, a las humildes (...), sin devolver a nadie mal por mal, tratando de hacer el bien no sólo ante Dios, sino ante todos los hombres» (Ibid. 12, 16; 6-1-14; 12, 3-8).

La enseñanza, los ejemplos, como también el misterio pascual de Jesús, confirman los esfuerzos con los que los hombres tratan ellos mismos de construir un mundo más conforme con las exigencias de la dignidad humana, de ser más justos y rectos. El cristianismo es una instancia crítica respecto a las deformaciones que podrían presentar los esfuerzos humanos cuando alcanzan el exceso de la utopía o cuando se recurre a medios contrarios al Evangelio; ofrece perspectivas que superan los esfuerzos humanos, los cuales quedan encerrados dentro de sus propios límites.

En efecto, el Evangelio otorga un nuevo fundamento religioso, específicamente cristiano, a la dignidad y a los derechos de la persona, y abre nuevas y cada vez más amplias perspectivas para los hombres, considerándolos como verdaderos hijos adoptivos de Dios y como hermanos en Cristo crucificado y resucitado.

Cristo ha estado y está presente en toda la historia humana. «En el principio era el Verbo (...). Todo ha sido hecho por medio de Él» (Juan 1, 1-3); «Él es imagen del Dios invisible, engendrado antes que toda criatura, dado que por medio de Él han sido creadas todas las cosas en los cielos y en la tierra» (1 Col. 1, 15; cfr. 1 Cor. 8, 6; Hebr. 1, 1-4).

Mediante su encarnación ha otorgado a la naturaleza humana una dignidad sin igual. De esta forma, el Hijo de Dios, en cierto modo, se ha unido a todo hombre¹¹. En su existencia terrena se ha hecho partícipe de la condición humana en todos sus aspectos, excepto el pecado. En sus padecimientos corporales y espirituales, sufridos durante la pasión, ha compartido con nosotros la condición humana. Su tránsito de la muerte a la resurrección es también un nuevo don que se comunica a todos los hombres. En Cristo, muerto y resucitado, se encuentran las primicias del hombre nuevo transformable y transformado en una condición superior.

Así, pues, todo cristiano, en el propio espíritu y en la vida concreta, debe conformarse con las exigencias de la nueva vida y comportarse según las exigencias de la *dignidad cristiana*. Se mostrará particularmente diligente en el respeto de los derechos de todos los hombres (Rom. 13, 8-10). Según la ley de Cristo (Gal. 6, 2), y según el mandamiento nuevo de la caridad (cfr. Juan 13, 34), no buscará el propio interés, rechazará todo egoísmo (cfr. 1 Cor. 13, 5).

En el uso de los bienes terrenos, el cristiano debe colaborar en la revelación de la gloria de la creación, liberándola de la esclavitud de la corrupción del pecado (cfr. Rom. 8, 19-25), para servir a la justicia respecto a todos los hombres, mediante los VALORES DE LA DIGNIDAD HUMANA, DE LA FRATERNIDAD Y DE LA LIBERTAD¹². De la misma forma que, según algunos aspectos de la vida terrena, con el pecado HEMOS LLEVADO LA IMAGEN DEL PRIMER HOMBRE DE LA TIERRA, así también, ya desde ahora, con una vida nueva debemos llevar LA IMAGEN DEL ADÁN CELESTIAL (cfr. 1 Cor. 15, 49), que invariablemente *proexiste* para el bien de todos.

B) CONTRASTES Y PROPUESTAS

I. Paralelismos

1. Diversidad de las condiciones concretas de las personas

Después de haber expuesto la específica doctrina cristiana sobre la dignidad y los derechos de la persona humana, como se desprende de la teología católica contemporánea, la CTI considera oportuno examinar la misma temática desde ángulos diversos, pertenecientes a otras disciplinas como también a culturas y a ambientes sociales, económicos y políticos de hoy, en el así llamado primero, segundo y tercer mundo.

La idea de la dignidad de la persona y de los derechos del hombre se ha ido desarrollando en gran parte bajo la influencia de la doctrina cristiana en el campo antropológico; ha encontrado confirmación en las declaraciones universales de nuestro siglo, y hoy es rechazada o conculcada cada vez con mayor frecuencia y de forma gravísima tanto por las erróneas interpretaciones de tales testigos como por las violaciones que impiden su aplicación.

«Si pasamos en revista los últimos treinta años —escribía recientemente Juan Pablo II— tenemos suficientes razones para alegrarnos de los progresos realizados en este campo. Sin embargo, no podemos ignorarlo; el mundo en el que vivimos hoy nos ofrece demasiados ejemplos de situaciones de injusticia y de opresión. Es fácil poner de relieve una creciente discrepancia entre las declaraciones muy significativas de la ONU, por una parte, y por otra, un masivo aumento de las violaciones de los derechos del hombre en todas las partes de la sociedad y del mundo»¹³.

Reflexionando sobre tal situación, el cristiano quiere discernir hoy entre el bien del mal, no ya para condenar a alguien, sino para que todos se tornen más conscientes y más eficaces en la promoción del bien común mediante la observancia y el respeto de los derechos y de la dignidad de la persona humana. El cristiano invita a todos no sólo a aceptar el reino de Cristo, REINO DE JUSTICIA, DE AMOR Y DE PAZ, sino también a establecer por doquier relaciones humanas y de acuerdo con la razón.

Es consciente, por una parte, de la propia especificidad e identidad cristiana, que implica la observancia de las *leyes paradójicas* del reino de Dios, ya en este mundo¹⁴, y por otra parte, es consciente de su comunión profunda con todos los hombres de buena voluntad. Con este espíritu, después de haber examinado la situación de los *tres mundos* en los que hoy está dividida la humanidad (B.I-3), la CTI ha considerado que puede formular dos sugerencias particulares incluso para quien no comparte la fe católica.

La primera (B.II,1) se plantea sobre el plano general de la reflexión filosófica, tradicional y contemporánea; la segunda, más concreta, aspira a una mejor colaboración internacional, como también a una mayor defensa jurídica de todas las libertades, incluso frente a los poderes públicos y a los Gobiernos que, en algunos casos, podrían revelarse menos atentos en la defensa de las libertades individuales.

2. El Primer Mundo

En el así llamado *primer mundo*¹⁵, la dignidad y los derechos del hombre son proclamados con fuerza y se multiplican las iniciativas para conseguir que se respeten. Por otra parte, sin embargo, si estos derechos son interpretados de forma puramente formal y en el sentido de una *autonomía* absoluta, se termina llevando a una concepción de la libertad que corre el riesgo de no promover siempre una auténtica dignidad humana. Paradójicamente, la verdadera dignidad y libertad pueden ser turbadas, como demuestran los ejemplos que siguen.

Muchas sociedades del primer mundo son bastante ricas y garantizan a sus miembros una gran libertad individual. Sin embargo, en ellas tiene lugar un impulso hacia el consumismo, el cual, de hecho, conduce frecuentemente al egoísmo¹⁶. Así, en las sociedades del pri-

13. Juan Pablo II, carta a K. Waldheim, secretario general de la ONU, con motivo del treinta aniversario de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, en AAS 71 (1979) 122; y discurso en la ONU, 2 octubre 1979, *ibid.*, 1149, núm. 9. Con motivo de dicha ocasión, el Papa declaraba particularmente: «Si la verdad y los principios contenidos en este documento (= la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de la ONU) fuesen olvidados, descuidados, perdería la auténtica evidencia con la que brillaban en el momento de su nacimiento doloroso, la noble finalidad de la ONU podría encontrarse frente a la amenaza de una nueva ruina».

14. Epístola a Diogneto, 5 (Funkf., I, 396-400).

15. La expresión «primer mundo» aparece más bien raramente al margen de los ambientes especializados en los estudios de política y de sociología, y ha sido formulada con referencia al Tercer Mundo, en la India, después de la segunda guerra mundial. La *Gaudium et spes* (núm. 9) se limita a enumerar «las naciones en vías de desarrollo» y «las otras naciones más ricas, cuyo desarrollo es más rápido».

16. Pablo VI en la carta apostólica *Octogesima adveniens* al cardenal Roy lo pone de relieve: «El egoísmo y el dominio son, entre los hombres, tentaciones permanentes (AAS 63 (1971) 412, núm. 15).

11. Cfr. *Gaudium et spes*, 22; *Redemptor hominis*, 8.

12. Cfr. *Gaudium et spes*, 39.

mer mundo se pierde, no raras veces, el sentido de los valores superiores (naturalismo); existe la preocupación única por sí mismo (individualismo); desaparece la voluntad de someterse a las normas morales (falsa autonomía¹⁷), laxismo práctico, así llamado DERECHO A LA DIFERENCIA).

En consecuencia, muchos soportan mal las restricciones impuestas a su libertad tanto a causa de las obligaciones dimanantes del bien común como del respeto debido a los derechos y a las libertades ajenas; y por ello predomina una necesidad desenfrenada de libertad, elevada a norma de vida social y moral¹⁸.

Además, no se evitan ni se combaten lo suficiente las evidentes diferencias sociales existentes entre los ciudadanos de una misma nación. Aun cuando todo esto no se encuentra exclusivamente en el primer mundo, sin embargo, es necesario reconocer que esta mentalidad conduce a situaciones tales por las que las naciones más fuertes terminan haciendo que otras naciones sirvan a sus propios intereses, abriendo el camino a la discriminación de los derechos.

En este punto resulta evidente que no basta formular con cuidado las normas jurídicas y proclamarlas solemnemente. Por otra parte, esto será siempre insuficiente si los hombres no se convierten en su intimidad y no se comprometen, renovados en la caridad de Cristo, a vivir según las exigencias de la justicia social y de los imperativos morales aceptados con su conversión.

3. El Segundo Mundo

Pasando a estudiar, después del primero, el *segundo mundo* —es decir, el caracterizado por el predominio del así llamado *socialismo real*—, encontramos no pocas dificultades, cuya principal consiste, acaso, en la evolución del marxismo mismo y en la diversificación de las teorías posmarxistas.

De esta evolución, aquí consideramos sólo el marxismo, que hoy es practicado en aquellos regímenes políticos particulares en los que las constituciones y las leyes implican una visión del hombre y una praxis tan diferente que los derechos del hombre son reconocidos, ciertamente, con palabras, pero atribuyendo a éstas un significado totalmente distinto. Planteamos este problema no como mero título informativo, sino más bien por motivo de la *coexistencia* y de la cooperación que se exigen de los cristianos que viven en aquellas regiones y en las que ellos, si como ciudadanos son más o menos tolerados, sin embargo, son mirados con sospechas.

Según el *materialismo histórico*, el hombre no es creado por Dios, sino que es el producto de la evolución de la materia; y el progreso del mundo se realiza únicamente cuando las condiciones de la producción de los bienes, debida al trabajo humano, cambian en beneficio del bien de la colectividad, modificando las estructuras económicas, de las cuales, por otra parte, proviene y depende toda otra así llamada *superestructura*. Para conseguir este feliz resultado, los individuos deben insertarse, en la mayor parte posible, en la colectividad.

En lo que se refiere a los derechos y a las libertades de los ciudadanos del segundo mundo se ponen de relieve, sobre todo, tres aspectos. En primer lugar, se exige de todos que acepten la ley de la necesaria evolución de la materia, la cual se cumple en la vida de la colectividad; lo que es concedido a los individuos jamás puede ser considerado como algo estrictamente privado, sino que debe ser, en última instancia, ordenado al beneficio de la colectividad, como per-

teneciente a la misma, siempre a la luz de la teoría de un futuro colectivo, definido y perfecto.

En segundo lugar, el criterio del bien y del mal viene dictado exclusivamente por la evolución de la *historia* en beneficio de la colectividad. Por último, la conciencia individual de los ciudadanos no es una voz propia personal, sino que es la voz de la colectividad en cuanto reflejada en los individuos.

Se comprende, entonces, por qué el vocabulario marxista relativo a la dignidad del hombre, a los derechos, a las libertades, a la persona, a la conciencia, a la religión, etc., tenga un significado totalmente propio y completamente distinto no sólo de la concepción cristiana, sino también de la concepción del Derecho internacional, como se encuentra expresado en las diversas declaraciones o cartas universales. Pero, a pesar de estas dificultades, es necesario instaurar y llevar hacia adelante un diálogo prudente y eficaz.

4. El Tercer Mundo

Otros problemas se relacionan con los derechos del hombre, como son concebidos en el así llamado Tercer Mundo, donde las condiciones de vida son, evidentemente, muy distintas desde el momento en que los *nuevos pueblos* quieren revalorizar y conservar la propia cultura, aspiran a aumentar la independencia política y a desarrollar el programa técnico y económico. En dichos países, por ello, predominan los aspectos sociales de los derechos humanos.

Finalizada la etapa de la colonización —cuyos efectos adolecen de muchas ambigüedades y durante la cual se cometieron no pocas injusticias—, las jóvenes naciones esperan para sí, exactamente ahora, una justicia mayor tanto en las relaciones económicas como en las cuestiones políticas. Dichas naciones mantienen que los derechos de una plena justicia internacional, con frecuencia, no les son plenamente reconocidos; que el poder y el peso político de que gozan son, frecuentemente, inferiores a los de los países del primero y del segundo mundo.

Raras veces un país pobre se encuentra en condiciones de ejercer plenamente los derechos de la propia soberanía, si no se alía con esta o aquella nación más rica y más poderosa, la cual, sin embargo, aspira a imponer la propia hegemonía.

En el plano internacional, las condiciones económicas y comerciales con frecuencia son sometidas a cláusulas injustas, como sucede, por ejemplo, en el caso de la venta de productos agrícolas o de la remuneración de los operarios dependientes de sociedades comerciales extranjeras e internacionales. Mínimas son, por lo general, las ayudas concedidas por las naciones ricas, las cuales no raras veces manifiestan frente a los países pobres una dureza de corazón, ya condenada por la predicación de los profetas y del mismo Señor Jesús.

Es raro que los valores de las culturas indígenas sean estimados como un bien en sí a nivel internacional. Obviamente, semejantes carencias se encuentran también entre los mismos países del Tercer Mundo y son eliminadas a fin de que se pueda conseguir un auténtico progreso. En análogas circunstancias es urgente que la Iglesia católica ofrezca su testimonio en favor de cuantos se sienten oprimidos por tantas dificultades.

II. Propuestas y esperanzas

1. Las tendencias filosóficas personalistas

Como se ha visto, siguen existiendo dificultades de no poca monta en torno al significado auténtico de los derechos del hombre y su aplicación, en el primero, en el segundo, en el tercer mundo. A estas dificultades —ya lo hemos recordado (B.I.1)— los cristianos de hoy deben oponer (como recuerda la *Lumen gentium* en el n. 25) tanto la fuerza de la fe en la que creen y que deben aplicar en la práctica de la vida, como la potencia iluminante de la teología y de la filosofía cristiana.

Sin olvidar, no obstante, la necesaria ayuda tanto práctica (en el plano del Derecho internacional, cfr. B.II.2) como doctrinal (cfr. cuanto se ha dicho en A.I.II). En el campo de la filosofía, de forma particular, la CTI desearía subrayar los valores propedéuticos y doctrinales presentes en las actuales tendencias del personalismo, sobre todo cuando éstas se enraízan (como recuerda la *Optatum totius*, en

17. Los defensores de una autonomía absoluta del hombre olvidan las enseñanzas de la *Gaudium et spes*: «Porque, aunque el mismo Dios es salvador y creador, e igualmente también señor de la historia humana y de la historia de la salvación, sin embargo, en esta misma ordenación divina la justa autonomía de lo creado, y sobre todo el hombre, no se suprime, sino que más bien se restituye a su propia dignidad y se ve en ella consolidada» (n. 41). Bajo la óptica, en cambio, de una falsa autonomía «la dignidad de la persona humana no se salvaría, más bien perdería» (ibid.).

18. El necesario equilibrio que debe existir entre los elementos de la vida social queda perfectamente descrito por Juan XXIII en la encíclica *Pacem in terris*: «Los seres humanos, al ser personas, son sociales por naturaleza. Han nacido, pues, para convivir y trabajar unos por el bien de los otros. Esto exige que la convivencia humana sea ordenada y, por tanto, que los mutuos derechos y deberes sean reconocidos y puestos en práctica» (AAS 55 (1963) 264 ss, n. 29; cfr. Pablo VI, carta apostólica *Octogesima adveniens*, AAS 63 (1971) 417 ss, n. 22).

el B. 15) EN EL PATRIMONIO FILOSÓFICO PERMANENTE VÁLIDO y se encuentran por ello sostenidas por la doctrina tradicional.

Contra el naturalismo materialista (cfr. B.1.3) y el existencialismo ateo, el PERSONALISMO COMUNITARIO defiende que el hombre está, por su misma naturaleza y por una forma de ser más elevada, orientado hacia una finalidad que supera el proceso físico de este mundo. Tal personalismo difiere radicalmente del individualismo; pone de relieve la naturaleza social del hombre, considerando al individuo, en primer lugar, en relación con los demás individuos y, en segundo término, solamente en relación con las cosas.

La persona, en cuanto tal, no puede existir ni puede conseguir el pleno desarrollo, si no es en la unión y en la comunicación con los demás hombres. Así entendida, la comunidad personalista difiere notablemente de aquellas sociedades meramente políticas o de aquellos grupos sociales que descuidan las realidades espirituales y una auténtica autonomía.

Bajo tal perspectiva, es útil buscar el fundamento de este personalismo en la tradición y en la filosofía cristiana, en particular, en la doctrina de santo Tomás; y para facilitar el estudio recordaremos que, según la enseñanza del Angélico, las substancias naturales existen justamente con la finalidad de actuar. Las acciones, en efecto, son la perfección de los seres, entre las realidades naturales, al hombre —justamente porque es inteligente y libre— corresponde un puesto privilegiado.

En cuanto substancia racional, el hombre tiene el dominio de sus acciones y por ello se honra con un nombre que expresa su dignidad, el nombre de persona. En consecuencia, el hombre no realiza sólo operaciones comunes a las de los animales, sino también acciones específicas que pertenecen a él solo, fruto de la razón y de la voluntad.

Por el hecho de ser persona libre, el hombre debe realizar su vocación después de haberla conocido con la razón. De este conocimiento, sin embargo, el hombre no queda marcado en una sola dirección, sino que queda libre para elegir el propio modelo de vida y su camino. Toda persona, pues, se define también por la vocación que debe seguir y por el fin que debe alcanzar.

Las obligaciones que para el hombre se derivan de su ser personal son propuestas como obligaciones a cumplir. Esta tarea (o necesidad), que el hombre puede aceptar o rechazar, exige, en primer lugar, que sea consciente de lo que verdaderamente es, y que viva de manera conforme con la nobleza de su ser. Semejante responsabilidad del hombre puede ser comprendida mejor a la luz de la religión, porque lo que la persona humana es, y lo que su dignidad implica, es contemplado a la luz del designio de Dios.

Por ello, podemos decir que atender a la propia perfección es lo mismo que obedecer a la voluntad divina. Así pues, en primer lugar, es necesario buscar cuál y qué género de perfección debe considerarse como el fin último de la persona humana. La cuestión plantea dos interrogantes: ¿En qué realidad encontrará el hombre la propia perfección (finis qui)? ¿A través de qué camino podrá conseguir lo que lo hace feliz (finis quo)?

Según el personalismo, la realidad que el hombre debe conseguir es otra persona y el camino por medio del cual debe buscar la perfección es el amor. El amor, en efecto, crea la unión. Si bien una persona es siempre única y la misma (el yo), y sigue siendo, por tanto, para sí mismo el centro subjetivo de la propia vida, sin embargo, para alcanzar la plenitud de la personalidad debe, en cierto modo, transferir —por medio del amor— aquel yo (que es su centro) a otra persona, la cual de esta manera se convertirá en el centro objetivo de su vida (un otro yo, un otro sí, un tú).

Mediante el mutuo amor el yo y el tú, a pesar de seguir siendo dos, se convierten, sin embargo, en una unidad (el nosotros en sentido personalista). Existe aquí —como se ve— una preparación evangélica para la doctrina del Nuevo Testamento sobre la unión de las personas divinas en la Santísima Trinidad, y sobre aquella otra, en el cuerpo místico, de las personas humanas entre sí y con Cristo cabeza.

En la sociedad humana, la justicia respeta y defiende la *alteridad* de la que el hombre, naturalmente, no puede ser privado. Dicha virtud se funda en el respeto que todo hombre debe al otro. En efecto,

la persona humana jamás puede, en cuanto tal, ser un medio, de los que otros pueden servirse, sino que siempre es considerada como fin. Ahora bien, el amor implica este respeto y esta justicia, justamente porque impulsa al hombre a trabajar a fondo y libremente para conseguir el bien de los demás.

Los derechos de la persona humana derivan de las exigencias mismas de la justicia. Y, según justicia, a todo hombre le es debido todo lo necesario para su desarrollo y para conseguir, dentro de los límites del bien común, la perfección del propio ser. Por tanto, el primer derecho que se debe reconocer es el derecho a la vida.

El hombre, además, no puede desarrollarse en cuanto persona en el mundo, si carece de los bienes materiales. Así pues, debe poder disponer de ellos. Por otra parte, por el hecho de disponer de sí, el hombre debe gozar del derecho de una conveniente libertad y responsabilidad. Bajo esta óptica, que afecta al mismo tiempo a la fe, a la teología y a la filosofía, la CTI pretende ahora formular, como conclusiones prácticas, algunos votos para el común y universal respeto de los derechos del hombre.

2. Votos para un común y universal respeto de los derechos del hombre

Hemos comprobado que en nuestro mundo existe un consenso más bien general sobre el valor normativo y moral de los derechos del hombre y que, en cambio, existen profundas discrepancias en lo que se refiere tanto a su justificación filosófica y a su interpretación jurídica, como a su traducción política. Consecuentemente, en materia de derechos humanos se descubren muchas ambigüedades. En la realidad tropezamos frecuentemente con injusticias y violaciones de las libertades de las personas.

Ante este estado de cosas, en nuestros días y en lo que se refiere al reconocimiento de los derechos del hombre, es necesario tener presente lo que sigue: Admitido que el derecho fundamental de la dignidad humana debe considerarse como el valor máximo en el orden moral y como la razón de la obligatoriedad jurídica, es necesario, ante todo, definir con claridad y precisión los derechos del hombre y fijar su formulación jurídica.

Que estos derechos fundamentales puedan además ser reconocidos en la práctica, dependerá del consenso que se consiga obtener más allá de las diversas concepciones (filosóficas y sociológicas) sobre el hombre. Una vez conseguido, dicho consenso servirá como fundamento para una interpretación común de los derechos del hombre, al menos en términos políticos y sociales.

Ahora bien, este fundamento radica en aquellos tres principios básicos que son la libertad, la igualdad y la participación. De estos dependen los derechos relativos a la libertad personal, a la igualdad jurídica y a la participación social, económica, cultural y política. El nexo existente entre los tres principios básicos excluye cualquier interpretación unilateral, como, por ejemplo, la del liberalismo, del funcionalismo y del colectivismo.

Todas las naciones, por tanto, al reconocer los derechos fundamentales, deben ocuparse de que se creen las condiciones elementales para una existencia digna y libre. En este compromiso es necesario, además, tener en cuenta las condiciones particulares de cada nación, relativas a la cultura, a la vida social y económica.

Una vez definidos, los derechos fundamentales deberán ser incluidos en la Constitución y en las instituciones y garantizados por doquier con sanción jurídica. Sin embargo, jamás se llegará a un pleno reconocimiento y a una práctica actualización universal de los derechos del hombre, mientras que todos los Estados no reconozcan —especialmente con motivo de conflictos— la jurisdicción de una institución internacional, renunciando, en aquellos casos, al ejercicio de la propia absoluta potestad. Para obtener semejante consenso jurídico, internacional, es necesario prescindir, metódicamente, de los conflictos doctrinales del pasado y de los modelos más restrictivos, propios de algunas comunidades. Al mismo tiempo es necesario, en la familia de los pueblos, que todos —y cada ciudadano individualmente considerado, por su parte— atribuyan gran importancia a los derechos fundamentales y mantengan vivos aquellos valores que constituyen la fuente de los mismos.

GUÍAS Y CÓDIGOS PROFESIONALES

NORMAS DE DEONTOLOGÍA DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA

Art. 44. Cuando un paciente se halle en peligro de muerte, el médico que le asista tiene la obligación de informarle en la medida que esta información sea aceptable para el interesado. El paciente tiene, por su parte, el derecho a ignorar su pronóstico, si así lo manifiesta explícita o implícitamente. El médico tiene siempre el deber de dar a conocer el peligro a los allegados.

Art. 45. El médico ha de esforzarse siempre en calmar los sufrimientos del enfermo, aun en el caso de que pueda derivarse una justificada aceleración del proceso de la muerte.

Art. 46. El enfermo tiene el derecho a rechazar aquellos medios técnicos aptos únicamente para alargar una vida que ya no es capaz de asumir con posibilidad de darle un sentido, y el médico tiene la obligación de respetar este derecho a morir dignamente. Es deber médico fundamental ayudarle a asumir la propia muerte, la que está de acuerdo con la religión o la ideología que haya dado sentido a su vida. Solamente entonces se realiza con plenitud una muerte digna.

Art. 47. Atenta contra el derecho de morir dignamente el hecho de prolongar la agonía cuando esto no contribuye al servicio personal del paciente. Es mucho más grave, porque atenta contra el mismo derecho a la vida, interrumpirla directamente, aunque lo pida el enfermo.

Art. 48. En los casos de vida exclusivamente técnica —coma irreversible— no hay dificultad deontológica alguna en suprimir la acción de aquellos medios que mantienen una cierta apariencia de vida. Se aconseja compartir la responsabilidad de la decisión con otros colegas.

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA. CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Art. 116. El médico está obligado a poner los medios preventivos y terapéuticos necesarios para conservar la vida del enfermo y aliviar sus sufrimientos. No provocará nunca la muerte deliberadamente, ni por propia decisión, ni cuando el enfermo, la familia, o ambos, lo soliciten, ni por otras exigencias.

Art. 117. En caso de enfermedad terminal, el médico debe evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando haya evidencia de que estas medidas no pueden modificar la irreversibilidad del proceso que conduce a la muerte. Debe evitarse toda obstinación terapéutica inútil. El médico favorecerá y velará por el derecho a una muerte acorde con el respeto a los valores de la condición humana.

Art. 118. La decisión de poner términos a la supervivencia artificial de un coma irreversible, sólo se tomará en función de una comisión apropiada que autentifique y acepte la irreversibilidad del coma.

Art. 119. La profesión médica reconoce que los trasplantes de órganos implican un significativo avance de los conocimientos científicos en pro de la salud y el bienestar de la humanidad.

Art. 120. En los casos de trasplantes de órganos procedentes de presuntos fallecidos, se debe exigir que la muerte del donante sea certificada por tres médicos, distintos a los médicos del receptor. La muerte debe ser detenida según los más rigurosos conocimientos científicos y las normas legales establecidas al efecto.

CÓDIGO PARA ENFERMERAS DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE ENFERMERAS

1.6. Un moribundo. El concepto de la muerte y la manera de enfrentarla pueden variar, pero los valores humanos básicos permanecen vigentes. Los problemas éticos se plantean y la responsabilidad del paciente, su familia o los profesionales de la salud, han ido aumentando en lo que se refiere a la toma de decisiones.

La enfermera busca la manera de proteger esos valores al trabajar con el cliente y con otras personas para llegar a las decisiones más sensatas dictadas por las circunstancias, los derechos y los deseos del cliente, y los mejores niveles de servicios que siempre se quiere alcanzar. Las medidas que se tomen para asistir al cliente deberán permitirle vivir con tanto confort, dignidad y libertad que sean posibles y, también con el menor dolor que sea posible. La atención de enfermería para con un paciente determinará en gran medida, por ejemplo, de qué manera se vive en la etapa final de una experiencia humana, y la paz y la dignidad con que se acepta la muerte próxima.

CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMERÍA, COLEGIOS DE ENFERMERÍA DE CATALUNYA

Art. 30. El concepto de muerte y la manera de asumirla puede variar según la religión o ideología que hayan dado sentido a la vida del enfermo. El profesional de Enfermería procurará que todos los derechos del paciente derivados de esta concepción sean respetados y que se le ayude en el proceso de muerte, de suerte que pueda vivir ésta con la máxima dignidad, libertad y confort que sean posibles.

Art. 31. El profesional de Enfermería considerará a la familia como parte integrante de la asistencia debida al enfermo terminal y le procurará el sostén apropiado para disponerle a afrontar la muerte del ser querido, cuando ésta sea inevitable.

Art. 32. El profesional de Enfermería debe compartir responsablemente con el equipo de salud las decisiones ordenadas a la supresión de ayudas técnicas al paciente, de manera particular en los casos de coma sobrepasado (muerte del tronco cerebral) y cuando alarguen la vida meramente biológica del paciente en un proceso irreversible.

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (OCTUBRE 1985)

Texto preliminar sobre el testamento biológico

A medida que la ciencia y la técnica médicas evolucionan, los médicos deben enfrentar nuevos problemas éticos. En particular, la posibilidad de mantener la vida artificialmente gracias a las nuevas técnicas médicas plantea a los médicos cuestiones éticas de suma importancia. ¿En qué circunstancias la prolongación artificial de la vida se considera como atención médica apropiada? Este postulado debe

considerarse conjuntamente con dos declaraciones adoptadas anteriormente por la Asociación Médica Mundial, a saber:

- La Declaración de Sydney. Postulado sobre la Muerte.
- La Declaración de Venecia sobre Enfermedad Terminal.

La atención médica se presta únicamente con el consentimiento del paciente. El consentimiento ilustrado es una doctrina que generalmente es aceptada para procedimientos invasivos no urgentes. Cuando el paciente no puede dar su consentimiento debido a su edad o a su estado físico o mental, o por estar sometido a un tratamiento de urgencia, el consentimiento lo presta implícita o explícitamente un familiar próximo.

Cuando un paciente padece de una enfermedad incurable y no puede expresar su voluntad en cuanto al tratamiento que debe administrársele, el médico, en consulta con los miembros pertinentes de la familia, debe decidir si es apropiado suspender el tratamiento. ¿Puede el uso de medios extraordinarios para prolongar la vida del paciente probar en definitiva ser beneficioso para el paciente?

El *testamento biológico* es un intento para que el o la paciente pueda manifestar su voluntad con respecto al empleo de medios extraordinarios para prolongar su vida durante la etapa terminal de su enfermedad. El testamento biológico es un documento firmado por el paciente tras detenido estudio, antes de llegar a la etapa terminal de su vida y en pleno uso de sus facultades mentales. Normalmente suele pedir que no se utilicen medios extraordinarios para prolongar la vida durante la etapa terminal de la enfermedad. El documento se firma en presencia de dos testigos, como suele hacerse con un testamento ordinario.

Para complementar el testamento biológico se han promulgado leyes que a veces se denominan *Leyes sobre la Muerte Natural*. Dichas leyes eximen de toda responsabilidad legal al médico que se atiene a las disposiciones del testamento biológico.

La Asociación Médica Mundial no aprueba ni se opone al uso del testamento biológico ni a la promulgación de *Leyes sobre la Muerte Natural*. Para orientar a los médicos, sin embargo, la AMM recomienda la adhesión a la Declaración de Venecia sobre Enfermedad Terminal y Declaración de Sydney sobre la Muerte. Estos documentos, considerados conjuntamente, ofrecen al médico una orientación conforme a los objetivos del testamento biológico y de las *Leyes sobre la Muerte Natural*.

Declaración de Sydney. Postulado sobre la Muerte

(Adoptada por la 22.^a Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, 1968 y enmendada por la 35.^a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983).

1. La determinación del momento de la muerte, en la mayoría de los países, es responsabilidad del médico y así debe seguir siendo. Por lo general el médico podrá, sin ayuda especial, determinar la muerte de una persona utilizando los criterios clásicos conocidos por todo médico.

2. Sin embargo, dos modernos avances de la medicina han hecho necesario un estudio más detenido de la cuestión relativa al momento de la muerte:

- a) La habilidad de mantener por medios artificiales la circulación de sangre coagulada a través de los tejidos del cuerpo que pueden haber sido irreversiblemente dañados, y
- b) El uso de órganos de un cadáver, tales como el corazón y los riñones, para trasplante.

3. Una complicación es que la muerte es un proceso gradual a nivel celular, variando la capacidad de los tejidos para resistir la privación de oxígeno. No obstante, el interés clínico no reside en el estado de conservación de células aisladas sino en el destino de una persona. A este respecto, el momento de la muerte de diferentes células y órganos no es tan importante como la certeza de que el proceso se ha hecho irreversible, cualesquiera sean las técnicas de resucitación que puedan ser empleadas.

4. Es esencial determinar la cesación irreversible de todas las funciones, de todo el cerebro, incluido el bulbo raquídeo. Esta determi-

nación se basará en el juicio clínico suplementado, si es necesario, por un número de medios de diagnóstico. Sin embargo, ningún criterio tecnológico es totalmente satisfactorio en el estado actual de la medicina, como tampoco ningún procedimiento tecnológico que puede substituir el juicio general del médico. En el caso del trasplante de un órgano, el estado de muerte debe ser determinado por dos o más médicos, los cuales no deben estar conectados o pertenecer al equipo que realiza el trasplante.

5. La determinación del estado de muerte de una persona permite, desde el punto de vista ético, suspender los intentos de resucitación y, en aquellos países donde la ley lo permite, extraer órganos del cadáver siempre que se hayan cumplido los requisitos legales vigentes de consentimiento.

Declaración de Venecia sobre Enfermedad Terminal

(Adoptada por la 35.^a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983).

1. El deber del médico es curar y, cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes.

2. No habrá ninguna excepción a este principio aun en caso de enfermedad incurable o de malformación.

3. Este principio no excluye la aplicación de las reglas siguientes:

3.1. El médico puede aliviar el sufrimiento de un paciente con enfermedad terminal interrumpiendo el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente—o de su familia inmediata en caso de no poder expresar su propia voluntad.

La interrupción del tratamiento no exonera al médico de su obligación de asistir al moribundo y darle los medicamentos necesarios para mitigar la fase final de su enfermedad.

3.2. El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente.

3.3. El médico puede, cuando el paciente no puede revertir el proceso final de cesación de las funciones vitales, aplicar tratamientos artificiales que permitan mantener activos los órganos para trasplantes, a condición de que proceda de acuerdo con las leyes del país, o en virtud del consentimiento formal otorgado por la persona responsable, y a condición de que la certificación de la muerte, o de la irreversibilidad de la actividad vital haya sido hecha por médicos ajenos al trasplante y al tratamiento del receptor. Estos medios artificiales no serán pagados por el donante o sus familiares. Los médicos del donante deben ser totalmente independientes de los médicos que tratan al receptor, y del receptor mismo.

GUÍA EUROPEA DE ÉTICA MÉDICA

Art. 12. En cualquier circunstancia, el médico está implicado en el constante respeto por la vida, la autonomía moral y la libre elección del paciente. No obstante, en caso de enfermedad incurable o terminal, el médico puede limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente administrándole los tratamientos adecuados y manteniendo, en todo lo posible, la calidad de una vida que se agota. Es imperativo asistir al moribundo hasta el final y actuar de forma que pueda conservar su dignidad.

DECLARACIÓN CANADIENSE RELATIVA A LOS ENFERMOS EN FASE TERMINAL

Protocolo para los profesionales de la salud referente a la reanimación de enfermos en fase terminal

La presente declaración, que emana conjuntamente de la Asociación de Enfermeras y Enfermeros del Canadá, de la Asociación médica canadiense y de la Asociación de los Hospitales del Canadá, ha sido formulada por un grupo de trabajo de los tres organismos citados, en colaboración con el Colegio de Abogados canadiense, con el concurso de representantes de la Asociación católica canadiense de la salud y de la Comisión para la reforma del derecho del Canadá. Esta declaración se funda en la Declaración relativa a los enfermos en fase terminal de la Asociación médica canadiense. Intenta

proporcionar una línea directriz nacional a la que poderse atener todas aquellas personas que están al cuidado de enfermos en fase terminal. Es posible que cada organismo emita sus propias directrices, como complemento a la declaración nacional.

Los progresos de la tecnología médica ofrecen a los trabajadores de la salud métodos de reanimación cada vez más perfeccionados. Aunque las intervenciones por medio de estos aparatos se revelan a menudo como salvadoras, los profesionales de la salud se preguntan a menudo en el momento de ordenar reanimar a un paciente, si tal intervención no hará más que prolongar la agonía del paciente, en vez de devolverlo a la vida.

Está reconocido que existen situaciones de enfermedad y de muerte inevitable donde la mención *no reanimar*, escrita en la hoja de órdenes médicas y firmada por el médico que trata al paciente, está justificada y es aceptable desde el punto de vista deontológico. Está reconocido igualmente que el enfermo tiene el derecho de aceptar o de rechazar cualquier tratamiento.

Por consiguiente, si se trata del cuidado de un agonizante, deberá considerarse si se debe o no reanimar al paciente; en tal caso, hay que atenerse al protocolo siguiente:

Criterios clínicos

1. Si el estado del paciente es tal que conviene considerar la decisión por orden escrita *no reanimar*, hay que evaluar el estado del paciente en función de un conjunto de criterios clínicos.

2. Estos criterios representan las mejores estimaciones posibles hechas por el médico responsable y, si es el caso, por un segundo médico, de los puntos siguientes:

2.1. La irreversibilidad del estado del paciente y/o la irreparabilidad de los daños ya causados.

2.2. La duración de la supervivencia del paciente con o sin intervención.

2.3. Las consecuencias de la orden *no reanimar*, ya sea la muerte del paciente antes de lo que el médico ha estimado.

Normas de procedimiento

Si la evaluación clínica justifica la redacción de la orden *no reanimar*, se recomienda atenerse a las normas de procedimiento siguientes:

1. Decisión.

1.1. El médico responsable debe evaluar la lucidez del paciente; excepto si, con toda seguridad, el paciente no está lucido, conviene pedir la opinión a otro médico. Los pacientes lúcidos tienen el derecho de decidir sobre su tratamiento. Si el paciente así lo quiere, los miembros de su familia pueden también ser consultados. Si el paciente no está lucido, el(los) miembro(s) responsable(s) de su familia debe(n) participar de cerca en la toma de decisiones.

1.2. Debe obtenerse la opinión del personal de enfermería que está a cargo del paciente; debe también solicitarse a veces la opinión de otros profesionales de la salud implicados.

1.3. Si el médico responsable tiene dudas en lo relativo a la decisión clínica, debe obtenerse la opinión de un segundo médico. (Ciertas circunstancias, como la falta de tiempo, o la no disponibilidad de otro médico, pueden impedir a veces obtener una segunda opinión).

1.4. La orden *no reanimar* debe estar debidamente inscrita en la historia clínica del paciente.

2. Puesta en práctica.

2.1. El resultado de las conversaciones con el paciente y su familia, así como con el personal hospitalario, debe ser consignado en el dossier médico, con mención de sus puntos de vista. Los médicos consultantes deben también indicar su opinión como nota del consultante.

2.2. El personal sanitario que se ocupa del tratamiento del paciente, debe estar informado de la decisión y de las razones que la motivan.

2.3. El médico responsable y el personal de enfermería deben revisar la orden de *no reanimar* con intervalos apropiados.

2.4. Todo requerimiento por parte del paciente de anular una orden de *no reanimar* debe ser respetada en el acto.

2.5. Si sobrevienen cambios inesperados en el estado del paciente, un(a)

enfermero(a) u otro médico, pueden suspender la orden hasta que el estado del paciente pueda ser evaluado de nuevo por el médico responsable.

Cuidados del paciente

Deben prodigarse en todo momento los cuidados paliativos de cara a asegurar el confort mental y físico del paciente.

RESOLUCIONES ADOPTADAS POR LA COMISIÓN DE LA SALUD Y ASUNTOS SOCIALES DEL CONSEJO DE EUROPA

(Estrasburgo, 29 de enero de 1976)

La Asamblea declara:

1. Considerando que los progresos rápidos y constantes de la Medicina crean problemas y presentan incluso ciertas amenazas para los derechos fundamentales del hombre y la integridad de los enfermos.

2. Notando que el perfeccionamiento de la ciencia médica tiende a dar al tratamiento un carácter cada vez más técnico y menos humano.

3. Habiendo comprobado que los enfermos suelen carecer de las posibilidades necesarias para defender sus propios intereses, en especial cuando están siendo tratados en el hospital.

4. Teniendo en cuenta que, desde un tiempo a esta parte, se viene reconociendo que los médicos deben, ante todo, respetar la voluntad del interesado respecto al tratamiento a aplicarle.

5. Estimando que el derecho de los enfermos a la dignidad e integridad, así como a la información y tratamiento adecuados debe definirse con precisión y concederse a todos.

6. Convencida de que la profesión médica está al servicio del hombre para la protección de la salud, para el tratamiento de las enfermedades y de las heridas, para el alivio de los sufrimientos dentro del respeto debido a la vida y persona humana, está convencida de que la prolongación de la vida no debe constituir en sí el fin exclusivo de la práctica médica y que debe encaminarse de la misma manera a aliviar los sufrimientos.

7. Considerando que el médico debe esforzarse por apaciguar los sufrimientos y, por lo tanto, no tiene derecho, incluso en los casos que le parecen desesperados, a adelantar intencionadamente el proceso natural de la muerte.

8. Subrayando que la prolongación de la vida por medios artificiales depende, en gran medida, de factores tales como el equipo disponible, y que los médicos que trabajan en hospitales cuyas instalaciones técnicas permiten prolongar la vida durante un período particularmente largo se hallan a menudo en una postura delicada en lo que concierne a la continuación del tratamiento, especialmente en el caso en que el cese de todas las funciones cerebrales del enfermo sea irreversible.

9. Subrayando que los médicos deben actuar conforme a la ciencia y a la experiencia médica admitida, y que ningún médico o cualquier otro miembro de la profesión médica no podría verse obligado a actuar contra su conciencia, en correlación con el derecho del enfermo a no sufrir inútilmente.

10. Recomienda el Comité de Ministros del Consejo de Europa (los ministros de la salud) que inviten a los Gobiernos de los Estados Miembros (dieciocho):

a) A tomar las medidas necesarias en lo que respecta a la formación del personal médico y a la organización de servicios médicos para que los enfermos hospitalizados o cuidados en el domicilio sean aliviados de sus sufrimientos en tanto lo permita el estado actual de los conocimientos médicos.

b) A llamar la atención de los médicos para que sepan que los enfermos tienen derecho, si así lo manifiestan, a ser informados com-

pletamente sobre su enfermedad y el tratamiento previsto y actuar de modo que en el momento de la admisión sean informados en lo que se refiere al funcionamiento y al equipo médico del establecimiento.

c) A velar que todos los enfermos tengan la posibilidad de prepararse psicológicamente a la muerte y prever la asistencia necesaria, recurriendo al personal que lo trate (médicos, enfermeras) así como a psiquiatras, ministros de los diferentes cultos y asistentes sociales especializados, quienes deberán gozar de la formación necesaria para discutir de estos problemas con los enfermos cuya vida toca a su fin.

II. A crear comisiones nacionales de encuesta, compuestas por médicos, juristas, teólogos, moralistas, psicólogos, encargados de elaborar reglas éticas para el tratamiento de los moribundos, determinar los principios médicos de orientación con el uso de medidas especiales para prolongar la vida y examinar la situación de los médicos en el supuesto de sanciones previstas en las leyes civiles y penales, cuando han renunciado a tomar medidas artificiales para prolongar el proceso de la muerte en enfermos cuya agonía ya hubiere comen-

zado y cuya vida no puede salvarse con los conocimientos médicos actuales, o cuando hubieren intervenido tomando medidas destinadas, ante todo, a aliviar los sufrimientos susceptibles de ejercer un efecto secundario en el proceso de la muerte, así como examinar la cuestión de las declaraciones escritas hechas por personas jurídicamente capaces autorizando a los médicos a renunciar a las medidas para prolongar la vida, concretamente en caso de paro irreversible de las funciones del cerebro.

III. A instituir, en el supuesto de que no existan organizaciones comparables, comisiones nacionales encargadas de examinar las demandas presentadas contra el personal médico por errores o negligencias profesionales, y esto sin atentar a la independencia de los tribunales ordinarios.

IV. A comunicar al Consejo de Europa los resultados de sus análisis y conclusiones con el objeto de armonizar los criterios de los dieciocho relativos a los derechos de los enfermos y moribundos y los medios jurídicos y técnicos para asegurarlos.

LH
IV-9

PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA EUTANASIA Y LA ASISTENCIA A BIEN MORIR

Conferencia Episcopal Española

PRESENTACIÓN

Monseñor Javier Osés, Presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral, en su breve informe sobre El acompañamiento al moribundo y la legalización de la eutanasia, presentado a la Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española el pasado abril junto con las Conclusiones de los Profesionales Sanitarios Cristianos sobre la Eutanasia, manifestaba la necesidad de un plan de trabajo coordinado de toda la Iglesia, elaborado por las Comisiones implicadas en el tema.

El obispo Secretario General de la CEE, monseñor Agustín García Gascó, convocó a los Directores de la Comisión para la Doctrina de la Fe, don Antonio Cañizares, del Departamento de Pastoral Sanitaria, don Rudesindo Delgado, y del Comité Episcopal para la Defensa de la Vida, don José Luis Irizar, para elaborar conjuntamente un Plan de acción sobre la eutanasia y la asistencia a bien morir.

El borrador del Plan se entregó a los Directores de las Comisiones Episcopales relacionadas con el tema, solicitando su colaboración en el mismo. En reunión, convocada y presidida por el obispo Secretario, los Directores ofrecieron sus aportaciones al Plan y su disponibilidad para colaborar en acciones concretas del mismo.

Enriquecido con tales aportaciones, lo presentamos a la Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española para recibir las aportaciones y sugerencias que estime oportuno hacer.

El Plan de Acción, en su primera parte, señala las razones que han estado presentes tanto al decidir su realización como al elaborarlo. A continuación precisa cuáles son sus objetivos a corto, medio y largo plazo. Seguidamente, se centra en las acciones para lograr cada uno de los objetivos, concretando las que van a llevar o están llevando a cabo las tres Comisiones Episcopales y aquellas en las que colaboran otras Comisiones de la Conferencia Episcopal Española y sugiriendo aquellas que pueden realizar las diócesis.

Madrid, 12 de septiembre de 1989

RAZONES DEL PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA EUTANASIA Y LA ASISTENCIA A BIEN MORIR

Razones de diverso tipo hacen hoy necesario un plan de acción de la Iglesia sobre la eutanasia y la asistencia a bien morir. He aquí las más relevantes:

1. **De tipo social.** Nuestra sociedad vive de espaldas a la muerte. Es el tabú del siglo XX. La mayor parte de la gente no se plantea la muerte y siente miedo y angustia a sufrir. En general, no conoce

y no está bien informada sobre la eutanasia. Sin embargo, es un tema que tiene gancho y morbo y, por ello, los medios de comunicación social hablan cada día más de él, aunque a veces de forma tendenciosa. Sirva de ejemplo el tratamiento que está haciendo del tema la TV: la muerte por compasión presentada como única alternativa asistencial en los casos de graves dolores físicos o sufrimientos anímicos.

2. **De tipo ético.** Existe un gran confusiónismo en los términos y en el fondo del tema que afecta a toda la población y de una manera especial a los profesionales sanitarios.

pletamente sobre su enfermedad y el tratamiento previsto y actuar de modo que en el momento de la admisión sean informados en lo que se refiere al funcionamiento y al equipo médico del establecimiento.

c) A velar que todos los enfermos tengan la posibilidad de prepararse psicológicamente a la muerte y prever la asistencia necesaria, recurriendo al personal que lo trate (médicos, enfermeras) así como a psiquiatras, ministros de los diferentes cultos y asistentes sociales especializados, quienes deberán gozar de la formación necesaria para discutir de estos problemas con los enfermos cuya vida toca a su fin.

II. A crear comisiones nacionales de encuesta, compuestas por médicos, juristas, teólogos, moralistas, psicólogos, encargados de elaborar reglas éticas para el tratamiento de los moribundos, determinar los principios médicos de orientación con el uso de medidas especiales para prolongar la vida y examinar la situación de los médicos en el supuesto de sanciones previstas en las leyes civiles y penales, cuando han renunciado a tomar medidas artificiales para prolongar el proceso de la muerte en enfermos cuya agonía ya hubiere comen-

zado y cuya vida no puede salvarse con los conocimientos médicos actuales, o cuando hubieren intervenido tomando medidas destinadas, ante todo, a aliviar los sufrimientos susceptibles de ejercer un efecto secundario en el proceso de la muerte, así como examinar la cuestión de las declaraciones escritas hechas por personas jurídicamente capaces autorizando a los médicos a renunciar a las medidas para prolongar la vida, concretamente en caso de paro irreversible de las funciones del cerebro.

III. A instituir, en el supuesto de que no existan organizaciones comparables, comisiones nacionales encargadas de examinar las demandas presentadas contra el personal médico por errores o negligencias profesionales, y esto sin atentar a la independencia de los tribunales ordinarios.

IV. A comunicar al Consejo de Europa los resultados de sus análisis y conclusiones con el objeto de armonizar los criterios de los dieciocho relativos a los derechos de los enfermos y moribundos y los medios jurídicos y técnicos para asegurarlos.

LH
IV-9

PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA EUTANASIA Y LA ASISTENCIA A BIEN MORIR

Conferencia Episcopal Española

PRESENTACIÓN

Monseñor Javier Osés, Presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral, en su breve informe sobre El acompañamiento al moribundo y la legalización de la eutanasia, presentado a la Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española el pasado abril junto con las Conclusiones de los Profesionales Sanitarios Cristianos sobre la Eutanasia, manifestaba la necesidad de un plan de trabajo coordinado de toda la Iglesia, elaborado por las Comisiones implicadas en el tema.

El obispo Secretario General de la CEE, monseñor Agustín García Gascó, convocó a los Directores de la Comisión para la Doctrina de la Fe, don Antonio Cañizares, del Departamento de Pastoral Sanitaria, don Rudesindo Delgado, y del Comité Episcopal para la Defensa de la Vida, don José Luis Irizar, para elaborar conjuntamente un Plan de acción sobre la eutanasia y la asistencia a bien morir.

El borrador del Plan se entregó a los Directores de las Comisiones Episcopales relacionadas con el tema, solicitando su colaboración en el mismo. En reunión, convocada y presidida por el obispo Secretario, los Directores ofrecieron sus aportaciones al Plan y su disponibilidad para colaborar en acciones concretas del mismo.

Enriquecido con tales aportaciones, lo presentamos a la Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española para recibir las aportaciones y sugerencias que estime oportuno hacer.

El Plan de Acción, en su primera parte, señala las razones que han estado presentes tanto al decidir su realización como al elaborarlo. A continuación precisa cuáles son sus objetivos a corto, medio y largo plazo. Seguidamente, se centra en las acciones para lograr cada uno de los objetivos, concretando las que van a llevar o están llevando a cabo las tres Comisiones Episcopales y aquellas en las que colaboran otras Comisiones de la Conferencia Episcopal Española y sugiriendo aquellas que pueden realizar las diócesis.

Madrid, 12 de septiembre de 1989

RAZONES DEL PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA EUTANASIA Y LA ASISTENCIA A BIEN MORIR

Razones de diverso tipo hacen hoy necesario un plan de acción de la Iglesia sobre la eutanasia y la asistencia a bien morir. He aquí las más relevantes:

1. **De tipo social.** Nuestra sociedad vive de espaldas a la muerte. Es el tabú del siglo XX. La mayor parte de la gente no se plantea la muerte y siente miedo y angustia a sufrir. En general, no conoce

y no está bien informada sobre la eutanasia. Sin embargo, es un tema que tiene gancho y morbo y, por ello, los medios de comunicación social hablan cada día más de él, aunque a veces de forma tendenciosa. Sirva de ejemplo el tratamiento que está haciendo del tema la TV: la muerte por compasión presentada como única alternativa asistencial en los casos de graves dolores físicos o sufrimientos anímicos.

2. **De tipo ético.** Existe un gran confusiónismo en los términos y en el fondo del tema que afecta a toda la población y de una manera especial a los profesionales sanitarios.

3. **De tipo jurídico.** Existen lagunas y deficiencias jurídicas en este campo en nuestra legislación, que hay que llenar o reformar. Pero, ¿con qué contenidos? El riesgo principal está en sacar una ley ambigua que abra la puerta a todas las interpretaciones.
4. **De tipo político.** Las conveniencias de tipo político también pueden llevar a un planteamiento de este problema que no responda a sus necesidades reales. De hecho, el actual partido en el gobierno está interesado en legislar sobre la eutanasia manteniendo una postura afín a la de la Asociación para una Muerte Digna, que, aparte de otras consideraciones, no es en absoluto representativa del sentir mayoritario de los ciudadanos.
5. **De tipo asistencial.** El problema de la eutanasia incide directamente sobre un problema grave desde el punto de vista sanitario y pastoral: la necesidad de asistencia integral a los enfermos terminales, a sus familias y a quienes les asisten y cuidan. Todo el mundo reconoce la forma inhumana de morir hoy el enfermo, sobre todo en el gran hospital, con cuidados médicos pero en soledad, sin el apoyo y el calor humano y sobrenatural con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros.

6. **De tipo eclesial.** La Iglesia española no puede vivir de espaldas a un problema tan fundamental como éste. Ha de asumir su responsabilidad y realizar una tarea preciosa: promover y coordinar su acción en este campo, mediante un *plan* realista. No parte de cero. Durante el curso 1988/89 grupos de profesionales sanitarios cristianos, interpelados por el problema de la eutanasia que vive muy cerca, lo estudiaron llegando a unas conclusiones y compromisos que han presentado a los Obispos, a través de la Comisión Episcopal de Pastoral.

OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA EUTANASIA Y LA ASISTENCIA A BIEN MORIR

Los objetivos generales del Plan de Acción son cinco en total, a conseguir a corto, medio y largo plazo.

Objetivo 1.º

Dar a conocer a la opinión pública el pensamiento y la acción de la Iglesia en torno al tema de la eutanasia y la asistencia a bien morir.

Acciones

1. Elaborar *mensajes* breves en torno a lo que piensa, lo que hace y lo que proyecta la Iglesia.
2. Diseñar y realizar una campaña en torno al tema dirigida a la opinión pública, con los siguientes objetivos:
 - Desdramatizar el tabú de morir y de la muerte.
 - Suscitar actitudes de ayuda a los moribundos y a sus familias.
 - Informar sobre las soluciones alternativas a la eutanasia que ya se están practicando: medicina paliativa.
 - Suscitar una oposición radical a la eutanasia activa directa o *muerte por compasión*.
3. Difundir el *testamento vital* como un medio de evangelización para promover la buena muerte entre los cristianos.

Objetivo 2.º

Presentar a los legisladores los datos que definen las dimensiones reales del problema de la eutanasia junto con los criterios para legislar sobre esta materia de manera justa y eficaz.

Acciones

1. Constituir un grupo interdisciplinar de expertos (profesionales sanitarios, juristas y moralistas) para que elabore el *Informe documentado*.

Objetivo 3.º

Impulsar dentro de la Iglesia una pastoral que ayude al hombre de hoy, particularmente al cristiano, a vivir una buena muerte, confiando en la ayuda de Dios y en la asistencia de sus hermanos.

Acciones

1. Educar a los cristianos para vivir y ayudar a vivir una buena muerte. Para ello:
 - Dar más importancia en los programas de catequesis, para todas las edades y en los de formación de los agentes de pastoral, a los aspectos del mensaje cristiano que miran al morir y a la muerte, así como a la asistencia debida a los moribundos y sus allegados.
2. Impulsar una colaboración más intensa entre el *Servicio de Asistencia Religiosa* de los hospitales y las Religiosas/os y Profesionales Sanitarios Cristianos, para proporcionar una buena muerte a los enfermos ingresados.
3. Revitalizar desde las parroquias la asistencia pastoral a los enfermos terminales y a sus familias en sus domicilios. Para ello:
 - Concienciar a los sacerdotes y solicitar su colaboración en la educación de los cristianos y en el acompañamiento de los enfermos terminales y su familia.

TESTAMENTO VITAL

A mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario:

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como si se tratara de un testamento.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo y absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que suscribe pido que, si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta declaración.

Firma

Fecha

- Promover en las parroquias grupos de pastoral sanitaria que visiten, acompañen, cuiden y alivien a los enfermos terminales y su familia.
- 4. Ofrecer cauces y medios de formación a los agentes de pastoral sanitaria que asisten a los enfermos terminales.
- 5. Reconocer y apoyar la insustituible labor de los profesionales sanitarios cristianos en la asistencia a bien morir.
- 6. Recuperar la Unción, como el Sacramento de los Enfermos, y el Viático, como la Eucaristía del tránsito de esta vida.

Objetivo 4.º

Concienciar a las instituciones sanitarias y a la sociedad en general para que en los hospitales y en los domicilios se ayude a bien morir.

Acciones

1. Concienciar y pedir a las autoridades sanitarias (Ministerio de Sanidad, Consejerías de Salud...):
 - La creación de centros que presten una asistencia integral a los enfermos terminales.
 - La creación en los hospitales de aquellas condiciones que favorezcan una buena muerte.
 - El desarrollo de programas de asistencia integral al enfermo terminal en su domicilio.
 - La capacitación del personal sanitario que asiste a los enfermos terminales.
 - La elaboración de un protocolo para la asistencia al enfermo terminal.
 - La creación del Comité de Bioética en los hospitales.

2. Promover una mayor colaboración de la Iglesia y de sus instituciones para hacer realidad estas demandas.

Para ello:

- Apoyar la reconversión de centros de Iglesia para atender a los enfermos terminales.
 - Promover la formación ética de los profesionales sanitarios cristianos.
 - Promover experiencias piloto de asistencia a domicilio de enfermos terminales.
 - Constituir equipos volantes de profesionales sanitarios cristianos para sensibilizar y formar a los grupos de voluntariado que haya en las parroquias.
3. Apoyar y suscitar la creación de asociaciones de medicina paliativa o de cuidados paliativos.

Objetivo 5.º

Influir en las instituciones educativas para que, ya desde la escuela, se aborden los temas del morir como última etapa de la vida, de la muerte en cuanto fin natural de la misma, y de la asistencia debida a los moribundos y a sus familias.

Acciones

1. Informar del plan a las instituciones educativas de la Iglesia, ofrecerles sugerencias y materiales y solicitar su colaboración.
2. Promover la inclusión del tema, así como el de la Bioética, en los programas de formación de los futuros profesionales sanitarios.

LH
IV-10

ESTATUTOS DE LA SOCIEDAD CATALANO-BALEAR DE CUIDADOS PALIATIVOS*

Art. 1. Esta asociación queda constituida con el nombre de *Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos*.

Art. 2. *Domicilio de la Sociedad.* el domicilio de la Sociedad estará en Barcelona, en el Colegio Oficial de Médicos, Paseo de la Bonanova, n.º 47.

Art. 3. *Definición y objetivos.* Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal, siendo los *objetivos principales* el confort y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia, y los *medios terapéuticos*, el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación cuando estamos ante una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico y con una muerte previsible a corto plazo, causada ya sea por un cáncer, SIDA o cualquier otra enfermedad crónica y progresiva.

Los *Cuidados Paliativos* han de practicarse necesariamente desde equipos con una perspectiva multidisciplinar, que incluyen profesio-

nales sanitarios (médicos, ATS, diplomados en enfermería, auxiliares de clínica, asistentes sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, religiosos, expertos en ética y otros) con actitudes adecuadas, formación y soporte, en relación con personas de la comunidad (como, por ejemplo, voluntarios) y ha de difundirse y aplicarse a todos los niveles asistenciales (hospitales, domicilios, unidades específicas y centros específicos) con una buena interrelación entre ellos, para promocionar el derecho de cualquier persona a recibir una asistencia adecuada y digna durante el proceso de morir.

Los objetivos básicos para conseguir una mejora progresiva en la calidad de la atención son la elaboración de principios y métodos terapéuticos, la investigación y su difusión a través de la educación y formación de los profesionales sanitarios, la sociedad y sus instituciones, promocionando actitudes que combinen el aspecto humano de la asistencia con unos conocimientos con bases científicas sólidas.

Una buena asistencia a los enfermos en situación de enfermedad terminal es un buen índice del respeto de cualquier sociedad desarrollada por la dignidad humana, por lo que la Administración debería facilitar la adecuada organización y financiación de los recursos sanitarios para hacerla posible gradualmente. Los cuidados paliativos afirman la vida y contemplan la muerte como un proceso normal que

* LABOR HOSPITALARIA 1990; 22: 307-9.

- Promover en las parroquias grupos de pastoral sanitaria que visiten, acompañen, cuiden y alivien a los enfermos terminales y su familia.
- 4. Ofrecer cauces y medios de formación a los agentes de pastoral sanitaria que asisten a los enfermos terminales.
- 5. Reconocer y apoyar la insustituible labor de los profesionales sanitarios cristianos en la asistencia a bien morir.
- 6. Recuperar la Unción, como el Sacramento de los Enfermos, y el Viático, como la Eucaristía del tránsito de esta vida.

Objetivo 4.º

Concienciar a las *instituciones sanitarias* y a la sociedad en general para que en los hospitales y en los domicilios se ayude a bien morir.

Acciones

1. Concienciar y pedir a las *autoridades sanitarias* (Ministerio de Sanidad, Consejerías de Salud...):
 - La creación de centros que presten una asistencia integral a los enfermos terminales.
 - La creación en los hospitales de aquellas condiciones que favorezcan una buena muerte.
 - El desarrollo de programas de asistencia integral al enfermo terminal en su domicilio.
 - La capacitación del personal sanitario que asiste a los enfermos terminales.
 - La elaboración de un protocolo para la asistencia al enfermo terminal.
 - La creación del Comité de Bioética en los hospitales.

2. Promover una mayor colaboración de la Iglesia y de sus instituciones para hacer realidad estas demandas.

Para ello:

- Apoyar la reconversión de centros de Iglesia para atender a los enfermos terminales.
 - Promover la formación ética de los profesionales sanitarios cristianos.
 - Promover experiencias piloto de asistencia a domicilio de enfermos terminales.
 - Constituir equipos volantes de profesionales sanitarios cristianos para sensibilizar y formar a los grupos de voluntariado que haya en las parroquias.
3. Apoyar y suscitar la creación de *asociaciones de medicina paliativa o de cuidados paliativos*.

Objetivo 5.º

Influir en las *instituciones educativas* para que, ya desde la escuela, se aborden los temas del morir como última etapa de la vida, de la muerte en cuanto fin natural de la misma, y de la asistencia debida a los moribundos y a sus familias.

Acciones

1. Informar del plan a las *instituciones educativas* de la Iglesia, ofrecerles sugerencias y materiales y solicitar su colaboración.
2. Promover la inclusión del tema, así como el de la Bioética, en los programas de formación de los futuros profesionales sanitarios.

LH
IV-10

ESTATUTOS DE LA SOCIEDAD CATALANO-BALEAR DE CUIDADOS PALIATIVOS*

Art. 1. Esta asociación queda constituida con el nombre de *Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos*.

Art. 2. *Domicilio de la Sociedad.* el domicilio de la Sociedad estará en Barcelona, en el Colegio Oficial de Médicos, Paseo de la Bonanova, n.º 47.

Art. 3. *Definición y objetivos.* Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal, siendo los *objetivos principales* el confort y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia, y los *medios terapéuticos*, el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación cuando estamos ante una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico y con una muerte previsible a corto plazo, causada ya sea por un cáncer, SIDA o cualquier otra enfermedad crónica y progresiva.

Los *Cuidados Paliativos* han de practicarse necesariamente desde equipos con una perspectiva multidisciplinar, que incluyen profesio-

nales sanitarios (médicos, ATS, diplomados en enfermería, auxiliares de clínica, asistentes sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, religiosos, expertos en ética y otros) con actitudes adecuadas, formación y soporte, en relación con personas de la comunidad (como, por ejemplo, voluntarios) y ha de difundirse y aplicarse a todos los niveles asistenciales (hospitales, domicilios, unidades específicas y centros específicos) con una buena interrelación entre ellos, para promocionar el derecho de cualquier persona a recibir una asistencia adecuada y digna durante el proceso de morir.

Los objetivos básicos para conseguir una mejora progresiva en la calidad de la atención son la elaboración de principios y métodos terapéuticos, la investigación y su difusión a través de la educación y formación de los profesionales sanitarios, la sociedad y sus instituciones, promocionando actitudes que combinen el aspecto humano de la asistencia con unos conocimientos con bases científicas sólidas.

Una buena asistencia a los enfermos en situación de enfermedad terminal es un buen índice del respeto de cualquier sociedad desarrollada por la dignidad humana, por lo que la Administración debería facilitar la adecuada organización y financiación de los recursos sanitarios para hacerla posible gradualmente. Los cuidados paliativos afirman la vida y contemplan la muerte como un proceso normal que

* LABOR HOSPITALARIA 1990; 22: 307-9.

no aceleran ni aplazan; se proponen conservar la mejor calidad de vida posible hasta que la muerte llegue.

La sociedad tiene los siguientes objetivos:

- Reunir aquellas personas que en su trabajo o estudios estén relacionadas con la atención de enfermos terminales, sus familias o los cuidadores.
- Promover el conocimiento, progreso y difusión de los cuidados paliativos a nivel científico, clínico y social.
- Promover la aplicación de los conocimientos existentes sobre los cuidados paliativos, formando a aquellas personas que a cualquiera de los niveles intervienen en la atención de enfermos terminales y promover también la investigación.
- Tratar los problemas éticos asociados a los cuidados paliativos.
- Establecer un grupo nacional para el intercambio de información y experiencias.
- Promover o patrocinar actos, publicaciones, etc., sobre cuidados paliativos.
- Promover el desarrollo de recursos para una adecuada asistencia.
- Reconocer y promover los derechos de los enfermos y de sus familias.

La Sociedad no tiene ánimo de lucro.

Art. 4. Duración y ámbito territorial. La Sociedad tiene una duración ilimitada y el ámbito territorial de acción previsto para sus actividades comprende Cataluña y Baleares.

Art. 5. Recursos. Los recursos de la Sociedad consisten en:

- Las cuotas de los miembros de acuerdo con las condiciones y cuantía que se fijarán en el reglamento.
- Contribuciones de personas ajenas a la institución.
- Ingresos derivados de las actividades organizadas por el Comité Directivo.
- Subvenciones o legados a la Sociedad.

Art. 6. Miembros de la Asociación. Los miembros se dividen en:

- Miembros fundadores:** Los firmantes del acta de fundación y aquellas personas que, cumpliendo los requisitos para ser miembros numerarios, sean invitados a formar parte como Miembro Fundador por la mayoría de los miembros fundadores, en un plazo limitado.
- Miembros numerarios:** personas que acrediten una experiencia profesional o compromiso personal en los cuidados paliativos como *staff* de un servicio o unidad de cuidados paliativos, en un servicio específico o en una asociación, y que se adhieran sin limitaciones a los objetivos de la Sociedad.
- Miembros asociados:** personas que no tienen la experiencia ni cualificación profesional necesarias pero que se adhieren sin limitaciones a los objetivos de la Sociedad.
- Miembros honorarios:** personas nombradas por el Comité Directivo y que no tienen obligación de pagar la cuota de asociado.

El Comité Directivo establecerá las diferentes cuotas mínimas de asociado por cada categoría.

El derecho a participar en las actividades de la Sociedad dependerá siempre de la regularidad en el pago de las cuotas.

El Comité Directivo tendrá el poder de decidir sobre la admisión de los nuevos miembros, examinando las solicitudes y habiendo establecido previamente los criterios de acreditación que se requieran, y la exclusión por falta de requisitos o de otras razones importantes que, en caso de conflicto, habrán de ser discutidas en asamblea. Todos los miembros serán invitados a las actividades organizadas por la Sociedad y pueden dirigir propuestas o sugerencias al Comité Directivo en relación a las actividades de la Sociedad.

Art. 7. Órganos. Los órganos de la Sociedad son los siguientes:

- La Asamblea General.
- El Comité Directivo.
- El Presidente y Vice-Presidentes.

Art. 8. La Asamblea General. La Asamblea General estará compuesta por todos los Miembros Fundadores y Miembros Numerarios.

Los Miembros Asociados podrán asistir a las asambleas y expresar su opinión sobre los diferentes asuntos que se traten, pero no tendrán derecho al voto.

Cualquier miembro podrá ser representado por otro presentando un poder por escrito; ningún miembro podrá representar más de cinco miembros.

Las funciones a desarrollar por la Asamblea General son las de aprobar los balances y presupuestos, informar sobre la gestión, designar los miembros del Comité Directivo, así como fijar su número, decidir sobre algún cambio en los estatutos, la disolución de la Sociedad, la disposición de los bienes y cualquier otro asunto o propuesta del Comité Directivo.

Para el nombramiento de los miembros del Comité Directivo, cada miembro tendrá tantos votos como lugares vacantes hayan, saldrán elegidos los que obtengan el número de votos más alto de acuerdo con lo previsto en el art. 9, primer párrafo.

La Asamblea General se convocará, como mínimo, una vez al año, para la aprobación del Balance.

La Asamblea General será convocada por el Presidente según resolución del Comité Directivo y también será convocada por el Presidente cuando lo requiera por escrito como mínimo una décima parte de los miembros que tienen derecho a voto, con la indicación del orden del día.

Se avisará de la celebración de la Asamblea General por carta a todos los miembros, remitida como mínimo 20 días antes de que tenga lugar, indicando el orden del día, lugar, fecha y la hora de la primera y segunda convocatoria.

En primera convocatoria, será necesaria la presencia —directa o por poderes— como mínimo de la mitad de los miembros con derecho a voto.

En segunda convocatoria, la Asamblea será válida con independencia del número de miembros asistentes.

Todas las resoluciones serán decididas por votación mayoritaria de los miembros presentes; esta norma también se aplicará para las resoluciones que afecten a las enmiendas a los estatutos. Respecto a las resoluciones sobre la disolución de la Sociedad y a la delegación de los bienes, se exigirá la aprobación de las tres cuartas partes de los miembros que tengan derecho a voto como mínimo.

Las actas de la asamblea serán firmadas por el Presidente y el Secretario, o por las personas que actúen en su lugar. También pueden ser redactadas por un notario.

Art. 9. Comité Directivo. La Sociedad estará dirigida por un Comité Directivo, formado por un máximo de trece miembros, que serán elegidos entre los miembros con derecho a voto.

Los miembros del Comité Directivo han de representar el carácter interdisciplinar de los cuidados paliativos.

Excepto la decisión en contra de la Asamblea General, los miembros del Comité Directivo ocuparán su cargo por un periodo de dos años —y en todo caso hasta que se nombren los sucesores— y podrán ser reelegidos por un máximo de dos reelecciones.

Si uno o más miembros del Comité Directivo dimiten durante este periodo, los demás nombrarán a sus sustitutos. Los miembros nombrados de esta forma seguirán en su cargo hasta la siguiente Asamblea General.

Art. 10. Derechos y deberes del Comité Directivo. El comité Directivo tendrá poder para dirigir las actividades ordinarias y extraordinarias de la Sociedad, con respecto a cualquiera de los asuntos tratados en el art. 3 y para la administración de los bienes y fondos de la sociedad.

El Comité Directivo nombrará al Presidente, de uno a tres Vice-Presidentes, al Secretario (que ayuda al Presidente y redacta las actas de todas las reuniones) y al Tesorero (que lleva la contabilidad de la Sociedad).

El Comité Directivo podrá nombrar, también entre personas no miembros, a un Presidente honorario, el cual tendrá el derecho de asistir, sin votar, a las Asambleas Generales y a las reuniones del Comité Directivo.

El Presidente (y, en su ausencia o incapacidad, el Vice-Presidente primero) representará a la Sociedad y tendrá poderes firmados fren-

te a terceros y frente a los juzgados y también tendrá poderes para nombrar procuradores de todo tipo.

En caso de urgencia, el Presidente (y, en caso de ausencia o incapacidad, el Vice-Presidente primero) ejercerá todos los poderes del Comité, el cual, sin perjuicio sobre la validez de las actividades realizadas o frente a terceros, será convocado lo más pronto posible para ratificarlas.

El Comité Directivo puede delegar sus poderes en uno o más de sus miembros, determinando los límites de tal delegación.

El Comité Directivo aprobará reglamentaciones referidas a las actividades de la Sociedad y a todos los acontecimientos de la misma, y también fijará las cuotas de los miembros y las normas para conceder becas o subvenciones.

El Comité Directivo podrá nombrar comités honorarios y establecer comisiones organizadoras, de estudios o especiales, determinando su ámbito y poderes.

Art. 11. Reuniones del Comité Directivo. El Comité Directivo se convoca por el Presidente cuando lo considera oportuno o si cuatro miembros del Comité, como mínimo, lo solicitan junto con el orden del día.

Las reuniones se avisarán por escrito con veinte días de antelación como mínimo (o en el caso de urgencia por telefax o télex diez días antes), con la indicación del orden del día.

El Comité Directivo podrá tomar decisiones con la presencia de la mayoría de los miembros con cargo; las resoluciones deberán ser aprobadas por la mayoría de aquellos que asistan a la reunión, y con voto de calidad del Presidente.

Las actas de las reuniones serán firmadas por el Presidente y el Secretario o los que actúen en su lugar.

Las reuniones serán válidas en todo caso, aunque no hayan sido avisadas con anterioridad, si asisten todos los miembros con cargo.

El Comité Directivo deberá reunirse con una periodicidad mínima trimestral.

Art. 12. El año fiscal y el balance. El año fiscal de la Sociedad coincidirá con el año natural. En un plazo de cuatro meses después de finalizar cada año fiscal, el Comité Directivo aprobará el balance anual y un informe sobre las actividades de la Sociedad para someterlas a la aprobación de la Asamblea General.

Art. 13. Disolución y disposición de los bienes. En caso de disolución de la Sociedad, la Asamblea General nombrará un liquidador y decidirá sobre la disposición de sus bienes.

Art. 14. Disposición final. Todo lo que no esté especificado en estos estatutos se atenderá a lo que disponen las leyes españolas en cada caso.

LH

IV-11

LA INFORMACIÓN AL PACIENTE CON CÁNCER*

Francesc Abel, S.J.

—¿Está de acuerdo en que el paciente con cáncer y su familia presentan problemas especiales en cuanto a la información de su enfermedad? (Contexte escuetamente a esta pregunta)

—Sí, sin duda alguna.

—En USA se comunica el diagnóstico de cáncer a todos los pacientes, desde el primer momento; en la URSS se utiliza el método de la información pragmática («La verdad sólo si es útil al paciente»); en Japón y en otros países como el nuestro, la información depende por lo general de la voluntad del oncólogo o del médico responsable. ¿Por cuál de estas actitudes se inclina usted?

—Ninguna de estas posiciones me parece correcta del todo. La primera, si bien está orientada a salvaguardar el derecho del paciente a la información, puede resultar deshumanizada. Las otras dos pecan de paternalistas. Hay que atender el derecho del paciente a la información tratándolo como persona única, con su psicología, idiosincrasia, reservas emocionales, etc. Lo que será bueno para un paciente, puede no serlo para otro.

—Según la actitud que usted prefiere, ¿cuál es a su criterio el contenido que debe darse a dicha información? ¿Qué decir? ¿En qué momento o momentos?

—Indudablemente, la respuesta difiere si se trata de un cáncer que presenta un pronóstico relativamente favorable, como el de una neoplasia de mama recién diagnosticada, sin metástasis y que se prevé que va a responder al tratamiento, que si se trata de un carcinoma de pulmón. En general creo que es conveniente tener en cuenta estos principios: *La verdad debe decirse salvo que exista una grave razón para no comunicarla.* Así, se dejará de comunicar la verdad cuando nos conste que el otro es incapaz de soportarla. El derecho a la verdad cede cuando hundiría al paciente en la desesperación fatalista y en la anulación personal. *El engaño paternalista ha de evitarse.* Resulta imprescindible acercarse al paciente, no solamente desde una perspectiva intelectual sino emocional y ha de evaluarse bien la capacidad y el momento de cada paciente para recibir la información. No puede confundirse el temor del médico a afrontar las preguntas acerca del mal pronóstico con una incapacidad del paciente en asumir la verdad. *La verdad desnuda, completa y a bocajarro puede ser cruel.* Y aunque la explicación fuera técnicamente correcta, puede ser devastadora para el paciente. La información ha de ser oportuna y a menudo gradual. Jamás hay que cerrar la puerta a la esperanza ni añadir sufrimientos adicionales con términos que están cargados de connotaciones negativas (la palabra *cáncer*, por ejemplo) que van más allá de su significado para incluir representaciones desesperanzadas.

* Neoplasia 1985; 2: 170-2.

te a terceros y frente a los juzgados y también tendrá poderes para nombrar procuradores de todo tipo.

En caso de urgencia, el Presidente (y, en caso de ausencia o incapacidad, el Vice-Presidente primero) ejercerá todos los poderes del Comité, el cual, sin perjuicio sobre la validez de las actividades realizadas o frente a terceros, será convocado lo más pronto posible para ratificarlas.

El Comité Directivo puede delegar sus poderes en uno o más de sus miembros, determinando los límites de tal delegación.

El Comité Directivo aprobará reglamentaciones referidas a las actividades de la Sociedad y a todos los acontecimientos de la misma, y también fijará las cuotas de los miembros y las normas para conceder becas o subvenciones.

El Comité Directivo podrá nombrar comités honorarios y establecer comisiones organizadoras, de estudios o especiales, determinando su ámbito y poderes.

Art. 11. Reuniones del Comité Directivo. El Comité Directivo se convoca por el Presidente cuando lo considera oportuno o si cuatro miembros del Comité, como mínimo, lo solicitan junto con el orden del día.

Las reuniones se avisarán por escrito con veinte días de antelación como mínimo (o en el caso de urgencia por telefax o télex diez días antes), con la indicación del orden del día.

El Comité Directivo podrá tomar decisiones con la presencia de la mayoría de los miembros con cargo; las resoluciones deberán ser aprobadas por la mayoría de aquellos que asistan a la reunión, y con voto de calidad del Presidente.

Las actas de las reuniones serán firmadas por el Presidente y el Secretario o los que actúen en su lugar.

Las reuniones serán válidas en todo caso, aunque no hayan sido avisadas con anterioridad, si asisten todos los miembros con cargo.

El Comité Directivo deberá reunirse con una periodicidad mínima trimestral.

Art. 12. El año fiscal y el balance. El año fiscal de la Sociedad coincidirá con el año natural. En un plazo de cuatro meses después de finalizar cada año fiscal, el Comité Directivo aprobará el balance anual y un informe sobre las actividades de la Sociedad para someterlas a la aprobación de la Asamblea General.

Art. 13. Disolución y disposición de los bienes. En caso de disolución de la Sociedad, la Asamblea General nombrará un liquidador y decidirá sobre la disposición de sus bienes.

Art. 14. Disposición final. Todo lo que no esté especificado en estos estatutos se atenderá a lo que disponen las leyes españolas en cada caso.

LH

IV-11

LA INFORMACIÓN AL PACIENTE CON CÁNCER*

Francesc Abel, S.J.

—¿Está de acuerdo en que el paciente con cáncer y su familia presentan problemas especiales en cuanto a la información de su enfermedad? (Contexte escuetamente a esta pregunta)

—Sí, sin duda alguna.

—En USA se comunica el diagnóstico de cáncer a todos los pacientes, desde el primer momento; en la URSS se utiliza el método de la información pragmática («La verdad sólo si es útil al paciente»); en Japón y en otros países como el nuestro, la información depende por lo general de la voluntad del oncólogo o del médico responsable. ¿Por cuál de estas actitudes se inclina usted?

—Ninguna de estas posiciones me parece correcta del todo. La primera, si bien está orientada a salvaguardar el derecho del paciente a la información, puede resultar deshumanizada. Las otras dos pecan de paternalistas. Hay que atender el derecho del paciente a la información tratándolo como persona única, con su psicología, idiosincrasia, reservas emocionales, etc. Lo que será bueno para un paciente, puede no serlo para otro.

—Según la actitud que usted prefiere, ¿cuál es a su criterio el contenido que debe darse a dicha información? ¿Qué decir? ¿En qué momento o momentos?

—Indudablemente, la respuesta difiere si se trata de un cáncer que presenta un pronóstico relativamente favorable, como el de una neoplasia de mama recién diagnosticada, sin metástasis y que se prevé que va a responder al tratamiento, que si se trata de un carcinoma de pulmón. En general creo que es conveniente tener en cuenta estos principios: *La verdad debe decirse salvo que exista una grave razón para no comunicarla.* Así, se dejará de comunicar la verdad cuando nos conste que el otro es incapaz de soportarla. El derecho a la verdad cede cuando hundiría al paciente en la desesperación fatalista y en la anulación personal. *El engaño paternalista ha de evitarse.* Resulta imprescindible acercarse al paciente, no solamente desde una perspectiva intelectual sino emocional y ha de evaluarse bien la capacidad y el momento de cada paciente para recibir la información. No puede confundirse el temor del médico a afrontar las preguntas acerca del mal pronóstico con una incapacidad del paciente en asumir la verdad. *La verdad desnuda, completa y a bocajarro puede ser cruel.* Y aunque la explicación fuera técnicamente correcta, puede ser devastadora para el paciente. La información ha de ser oportuna y a menudo gradual. Jamás hay que cerrar la puerta a la esperanza ni añadir sufrimientos adicionales con términos que están cargados de connotaciones negativas (la palabra *cáncer*, por ejemplo) que van más allá de su significado para incluir representaciones desesperanzadas.

* Neoplasia 1985; 2: 170-2.

—¿Quién ha de informar al paciente? (médico de cabecera, oncólogo, cirujano, radioterapeuta, religioso, abogada, psicólogo, etc.).

—En principio la información ha de recaer en el médico, quien puede delegar a otra persona capacitada para hacerlo correcta, adecuada y oportunamente. Cuando se trata de un paciente en situación terminal creo que hay que poner especial cuidado en valorar la capacidad del paciente para conocer la verdad y asimilarla; sus miedos y sus esperanzas, recordando siempre que si bien el paciente muere de una enfermedad incurable, lo hace como persona. Creo que en el momento actual falta en los hospitales sesiones clínicas con la participación de enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, etc., para evaluar conjuntamente el quién, cómo y cuándo de esta delicada misión.

—Ante un paciente que ignora su diagnóstico, ¿qué debe saber la familia directa? En este caso, ¿se informará a todos los componentes de la familia o se elegirá a algún miembro en especial?

—El derecho a conocer la verdad es del paciente. El conocimiento del paciente y la relación del mismo con los familiares han de ayudar a determinar el miembro o miembros de la familia a los que se informa, teniendo muy en cuenta los deseos del paciente.

—A veces el paciente exige un diagnóstico pero su familia lo prohíbe enérgicamente. ¿Cuál sería su actitud en este caso?

—Ya hemos dicho que afirmamos como prioritario el derecho a conocer la verdad sobre el estado de su salud por parte del enfermo, pero no a costa de lo que a él le conviene como persona. La familia no puede prohibirlo. Conviene, sin embargo, atender las relaciones humanas con el paciente y los familiares, de manera comprometida. En muchas ocasiones las tensiones aparecen cuando la familia no recibe la atención que merece y se olvida que ella misma está sujeta a un complejo problema emocional. Es conveniente convencer a la familia que la comunicación de la verdad se hará para el bien del paciente y que no se aumentará ni la angustia ni se precipitará con ello el desenlace. De todas maneras, esta comunicación tanto al paciente como a los familiares es un arte y desgraciadamente en los equipos asistenciales hay una tendencia a escabullir el problema y se generan ansiedades, suspicacias y silencios que no ayudan a nadie. Por otra parte, la petición explícita del paciente no es suficiente indicación de sus deseos de conocer la verdad. Puede ser un intento de pedir ayuda esperanzada. Se requiere una fina sensibilidad para «empatizar» con el paciente.

—Un paciente en etapa terminal que no conoce su diagnóstico de cáncer ni la proximidad de su muerte, ¿qué tipo —si alguno— de información debe recibir?

—Ya hemos indicado nuestra posición en las anteriores respuestas. Quisiera aquí añadir solamente que es muy importante evitar *predecir* tiempo, día u hora en que la muerte puede ocurrir. Creo que además es misión del equipo asistencial no cerrar nunca la puerta de la esperanza y que siempre es necesario —por medio de una atención integral— separar las ideas de muerte y de sufrimiento.

—En conjunto, y para terminar, considera (positivo, negativo o indiferente) que el paciente sepa que tiene cáncer, ¿por qué?

—No creo que pueda responderse a esta pregunta, dado que afirmamos como esencial la individualización de cada caso con sus componentes de pronóstico en la evolución, tiempo que se prevé que va a durar el proceso, inconvenientes que pueden surgir como secuelas del tratamiento, capacidad del paciente para comprender lo que se le explica, etc. En todo caso, el conocimiento es positivo cuando ayuda al paciente, es decir, cuando puede ser integrado y asumido a nivel personal. Es negativo cuando el conocimiento es percibido como una condena de muerte y sin sentido.

BIBLIOGRAFÍA

- ABEL, F.: *El dret del pacient a la informació i a disposar d'ell mateix*. X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. II Ponència: Funció Social de la Medicina. 4.^a part, II. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 1976, pp. 328-342.
- ABEL, F.: *El morir cristià*. Iglesia Viva, 1983; 108: 543-69.
- ARCAND, L.: *Le droit à la vérité*. La Vie Médicale au Canada Français, 1973; 2: 514-6.
- BREWSTER, T. B.: *The cancer patient: communication and morale*. Br. Med. J., 1977; 2: 1623-7.
- BRINKLEY, D.: *Emotional distress during cancer chemotherapy*. Br. Med. J., 1983; 286: 663-4.
- BUCKMAN, R.: *Breaking bad news: why is it still so difficult?* Br. Med. J., 1984; 288: 1595-9.
- CASSELL, E. J.: *Telling the Truth to the Dying Patient*. En: Taché, J., et al. (eds.), *Cancer, Stress, and Death*. New York: Plenum Medical Book Co., 1979, pp. 121-8.
- CASSILETH, B. R., et al.: *Information and Participation Preferences Among Cancer Patients*. Ann. Intern. Med., 1980; 92: 832-6.
- GOL, J.: *Actitud del médico ante el enfermo incurable. El derecho a morir con dignidad*. En: Foz, M., et al. *Terapéutica en Medicina Interna*. Barcelona: Ed. Doyma, 1983, pp. 1084-90.
- GOLDBE, L.: *The ethics of telling the patient*. J. Med. Ethics, 1982; 8: 128-133.
- GOULD, H. y TOGHILL, P. J.: *How should we talk about acute leukaemia to adult patients and their families?* Br. Med. J., 1981; 282: 210-2.
- GRAHAM, H. y LIVESLEY, B.: *Dying as a diagnostic: Difficulties of communication and management in elderly patients*. Lancet, 1983; 2: 670-2.
- HIGGS, R.: *Case conference*. J. Med. Ethics, 1982; 8: 48-50.
- HIGGS, R.: *Case conference: Obstructed death revisited*. J. Med. Ethics, 1982; 8: 154-6.
- *In cancer, honesty is here to stay*. (Editorial). Lancet, 1980; 2: 245.
- JONES, J. S.: *Telling the right patient*. Br. Med. J., 1981; 283: 291-2.
- NOVACK, D.H.: *Changes in Physicians' Attitudes Toward Telling the Cancer Patient*. JAMA, 1979; 241: 897-900.
- *On telling dying patients the truth*. J. Med. Ethics, 1982; 8: 315-6.
- REYNOLDS, P. M.: *Cancer and communication: information-giving in an oncology clinic*. Br. Med. J., 1981; 282: 1449-51.
- ROSENER, F.: *Emotional Care of Cancer Patient*. NY State J. Med., 1974; 74: 1467-9.
- *Sex and the Cancer Patient*. Lancet, 1984; 1: 432-3.
- TOBIAS, J. S. y TATTERSALL, M. H. N.: *Doing the best for the cancer patient*. Lancet, 1985; 1: 35-8.
- *What should a doctor tell?* Br. Med. J., 1984; 289: 325-6.
- WITZEL, L.: *Behaviour of the Dying Patient*. Br. Med. J., 1975; 1: 81-2.



**Ofrezca la oportunidad
de suscribirse a**

LABOR HOSPITALARIA

Si entre sus amistades hay alguien interesado en Hospitales, su gestión, su problemática humana, pastoral y ética no dude en ofrecerle la oportunidad de suscribirse.

LABOR HOSPITALARIA

es una revista útil para:

**EL MEDICO ■ LA ENFERMERA ■ EL ADMINISTRADOR ■ EL GERENTE ■ EL CAPELLAN
LA RELIGIOSA ■ PARA TODO AQUEL QUE SE OCUPA DEL ENFERMO**

LABOR HOSPITALARIA

Suscripción anual (4 números)

España: 2.500 pesetas

Extranjero: Correo ordinario (28 \$) / correo aéreo Europa (35 \$) / Resto países (38 \$)

v.

Bibliografía



**Montserrat Roca, Francesca Argimon,
Rosa Martínez y Francesc Abel**

Institut Borja de Bioètica

La totalidad de esta bibliografía seleccionada puede consultarse en el Instituto Borja de Bioética de Sant Cugat del Vallès. No se ha incluido en la misma bibliografía sobre la eutanasia, centrándonos en dos aspectos que relacionados con ésta, pueden tratarse por separado como son: el dolor y los Hospices.

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL DOLOR

LIBROS Y MANUALES DE REFERENCIA

- Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra: OMS, 1987.
 BARRAQUER BORDAS, L.: *Neurología Fundamental*. 3.ª ed. Barcelona: Toray, 1976.
 CERVENO, F. et al.: *Tratamiento insuficiente del dolor*. Madrid: Inst. de Ciencias del Hombre, 1988.
 FLOREZ TASCÓN, F. J.: *Dolor*. Madrid: IDEPSA, 1987.
 GALOT, J.: *Pourquoi la souffrance?* Louvain: Editions Sintel, 1983.
 GUILLEMIN, R. et al.: *El dolor. Mecanismos básicos neurofisiológicos y farmacológicos*. Madrid: Inst. de Ciencias del Hombre, 1983.
 LATHAM, J.: *Pain control*. «The Lisa Sainsbury Foundation Series» 1. London: Austen Cornish Publishers, 1987.
Il medico cristiano e la sofferenza. Tipografia Poliglotta Vaticana, 1985.
 SAUNDERS, C. y BAINES, M.: *Living with Dying. The management of terminal disease*. London: Oxford University Press, 1983.
 SAUNDERS, C. y BAINES, M.: *La vie aidant la mort. Thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*. Paris: Médecine et Sciences Internationales, 1986.
Sentido cristiano del sufrimiento humano. Carta apostólica «Salvifici Doloris» del Sumo Pontífice Juan Pablo II. «Documentos de Estudios» 92. Madrid: PPC, 1984.
 TWYSCROSS, R. G. y LACK, S. A.: *Terapéutica del paciente amb cáncer terminal*. Vic: Eumo Ed., 1987.
 WALL, D. y MELZACK, R. (eds.): *Textbook of pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1984.

ARTÍCULOS

- ALSZEGHY, Z.: *Il senso della sofferenza. Riflessioni sulla Lettera Apostolica di Giovanni Paolo II «Salvifici doloris»*. Medicina e Morale 1985; 35: 11-22.
 AMELOT, D.: *Elaboration d'une fiche douleur*. Revue de l'infirmière. 1991; 6: 29-31.
 AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, HEALTH AND PUBLIC POLICY COMMITTEE: *Drug Therapy for severe, chronic pain in terminal illness*. Ann. Intern. Med. 1983; 99: 870-3.
 ANAND, K. J. S., HICKEY, P. R.: *Pain and its effects in the human neonate and fetus*. N. Engl. J. Med. 1987; 317: 1321-9.
 ANGELINO F.: *El pensamiento de Juan Pablo II sobre el sufrimiento*. Doctium Hominum 1987; II (6): 5-11.
 BAINES, M.: *Symptom control in the dying patient*. En: Saunders, C. et al. (eds.) *Hospice: the living idea*. London: Edward Arnold, 1981, pp. 93-125.
 BARRY, R., MAHER, J. E.: *Indirectly intended life-shortening analgesia: Clarifying the principles*. Issues in Law & Medicine 1990; 6: 117-51.

- BORRÁS, J. LL. y CREUS, J.: *Tratament del dolor en el malalt neoplàstic*. En: *Biologia del càncer, 1.ª ponència. II.ª Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona: Asoc. Española contra el Càncer, 1980.
 BRERA, G. R.: *La sofferenza nel rapporto medico-paziente: La Medicina come scienza della sofferenza*. Medicina e Morale 1987; 37: 46-57.
 CARRIÓN GALINDO, J. R. et al.: *Tratamiento del dolor en el enfermo oncológico*. Neoplasia 1987; 4: 33-45.
 CASSELL, E. J.: *Recognizing suffering*. Hastings Cent. Rep. 1991; 21 (3): 24-31.
 CLEELAND, C. S. et al.: *Factors influencing physician management of cancer pain*. Cancer 1986; 58: 796-800.
 CLEELAND, C. S.: *The impact of pain on the patient with cancer*. Cancer 1984; 54: 2635-41.
 COHEN, M. L. (ed.): *Chronic pain and clinical knowledge*. Theoretical Medicine 1991; 12: 189-270.
 1.ª Congrés de l'Association Européenne des soins palliatifs. Paris, Octubre 1990. Programme et Résumés des Communications.
Control of chronic pain. Br. Med. J. 1981; 282: 1095-6.
The control of pain. I: by drugs; II: by non-drugs methods. En: Wilkes, E. (ed.) *The Dying Patient. The Medical Management of Incurable and Terminal Illness*. Lancaster: MTP Press Limited, 1982, pp. 187-208.
 CORTESI, L.: *La sofferenza del malato*. Medicina e Morale 1981; 21: 373-81.
 COTE, J. J. et al.: *The pain response of the postoperative newborn*. J. Adv. Nurs. 1991; 16: 478-87.
 DAUT, R. L. y CLEELAND, C. S.: *The prevalence and severity of pain in cancer*. Cancer 1982; 50: 1913-8.
Dolor, anestesia y recién nacidos. Lancet 1988; 12: 25-7.
Il dolore e la morte. Credereoggi 1985; 5 (5): 3-57.
El dolor hace que las palabras sean inútiles. LH 1982; 14: 83-5.
 DOMÍNGUEZ, B. y URRACA MARTÍNEZ, S.: *Opiniones de médicos y enfermeras sobre el dolor y la muerte de pacientes terminales*. Jano 1985; 654 H: 63-73.
 DOMÍNGUEZ MORENO, B.: *Reflexiones sobre el dolor y el sufrimiento en la UCI*. Razón y Fe 1987; 213: 407-14.
 DOVER S. B.: *Syringe driver in terminal care*. Br. Med. J. 1987; 294: 553-5.
 DRUFFNER, M.: *What pain?* The Linacre Quarterly 1987; 54 (3): 79-85.
L'esperienza del dolore nell'ospedale. Labor - Rivista di Cultura e attualità 1987; 28: 60-6.
 ESTEBAN MORENO, S.: *Normes de l'OMS per al tractament del dolor d'origen neoplàstic*. Annals de Medicina 1988; 74: 261-6.
Face à la souffrance. Religieuses dans les professions de santé 1989; 325: 1-65.
 FAINSINGER, R. et al.: *Symptom control during the last week of life on a Palliative Care Unit*. Journal of Palliative Care 1991; 7 (1): 5-11.
 FLETCHER, A. B.: *Pain in the neonate*. N. Engl. J. Med. 1987; 317: 1347-48.
 FLOREZ BELEIKI, J.: *Una hermosa historia sobre el dolor*. Conferencia pronunciada en la Escuela T. S. de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos de la Universidad de Santander, 9 de octubre de 1981.
 FLOREZ LOZANO, J. A.: *La conducta ante el dolor, una experiencia multidimensional*. El Médico 1990; (378): 114-18.
 FOLEY, K. M.: *The treatment of cancer pain*. N. Engl. J. Med. 1985; 313: 84-95.
 GABOURY, P.: *Répondre à la souffrance par l'amour*. L'infirmière canadienne (Décembre 1984): 20-2.
 GALARD, J. J.: *Estado actual del tratamiento del dolor*. Med. Clin. 1990; 95: 228-32, 1991; 96: 195-6.
 GALARD HERNÁNDEZ, J. J.: *El dolor como enfermedad. Su futuro y su tratamiento*. Neoplasia 1989; 6: 39-41.

- GARRO, L. C.: *Culture, pain and cancer*. Journal of Palliative Care 1990; 6 (3): 34-44.
- GERMANY: *Bureaucracy versus analgesia*. Lancet 1991; 337: 905, 1294.
- GERALTI PRAT, P.: *El dolor en el malalt terminal*. En: *El malalt terminal i els professionals de la salut*. Delegació Pastoral de la Salut, Arquebisbat de Barcelona. Barcelona: Claret, 1990. (También versión castellana).
- GOLDBERG, D.: *Doyleur: Du bon usage des antiagiques*. Recherche & Santé 1990; (43): 24-7.
- GOLDBERG, R. J. et al.: *Analgesic Use in Terminal Cancer Patients: Report from the National Hospice Study*. J. Chron. Dis. 1986; 39: 37-45.
- HARRIOTT, J. F. X.: *Bearing pain*. The Tablet 1987; 241: 934.
- HATCH, D. J.: *Analgesia en el neonato*. Br. Med. J. 1987; 2 (10): 12-3.
- HATCH, D. J.: *Analgesia en the neonate*. Br. Med. J. 1987; 294: 920.
- HELMINIAK, D. A.: *Modern science on pain and suffering: A christian perspective*. Spirituality Today 1986; 38 (2): 136-48.
- HERNÁNDEZ GALLEGÓ, J. y VILLAR HERNÁNDEZ, J.: *El lenguaje del dolor: diagnóstico diferencial del dolor craneofacial*. Med. Clin. 1990; 95: 224-7, 1991; 96: 196.
- HOGGINS, I. y MCCARTHY, M.: *Measuring symptoms in terminal cancer: are pain and dyspnoea controlled?* J. R. Soc. Med. 1989; 82: 264-7.
- HOCKLEY, J. M. et al.: *Survey of distressing symptoms in dying patients and their families in hospital and the response to a symptom control team*. Br. Med. J. 1988; 296: 1715-7.
- ILLIS, L. S.: *Central Pain*. Br. Med. J. 1990; 300: 1284-6.
- KOLLAR, N. R.: *Toward a spirituality of pain*. Spirituality Today 1990; 42: 209-16.
- KUHN, S. et al.: *Perceptions of pain relief after surgery*. Br. Med. J. 1990; 300: 1687-90, 301: 338-9.
- KUSTABORDE, M. J. y DEGENHART, M. L.: *Workshop help nurses develop pain management techniques*. Health Progress 1984; 65 (8): 50-53.
- LATIMER, E. J.: *The pain of cancer: Helping patients and families: I & II*. Humane Medicine 1990; 6: 95-100, 189-92.
- Lotta contra il dolore*. En: Pighin, B. F.: *Assistenza al malato «terminale»*. Pordenone: Ed. Scuola Maran, 1987, pp. 111-42.
- LUZZANI, A. et al.: *Problemi etici nella terapia del dolore maligno*. Rassegna di Teologia 1987; 28: 502-10.
- MCGIVNEY, W. Y., CROOKS, G. M.: *The Care of Patients With Severe Chronic Pain in Terminal Illness*. JAMA 1984; 251: 1182-8.
- MCLINTOCK, T. T. C. et al.: *Postoperative analgesic requirements in patients exposed to positive intraoperative suggestions*. Br. Med. J. 1990; 301: 788-90.
- MCQUELLEN, M. P.: *Can people who are unconscious or in the «vegetative state» perceive pain?* Issues in Law & Medicine 1991; 6: 373-83.
- MADRID, J. L.: *Problemática del dolor en el enfermo canceroso*. En: Gafo, J. (ed.): *La eutanasia y el arte de morir*. Madrid, UPCM, 1990, pp. 47-54.
- Management of other common symptoms of terminally ill*. En: Wilkes, E. (ed.) *The Dying Patient. The Medical Management of Incurable and Terminal Illness*. Lancaster: MTP Press Limited, 1982, pp. 209-31.
- MARTÍN RODRIGO, J. M. et al.: *Un niño en la UCI y su familia*. LH 1986; 18: 75-8.
- MEADE T. W. et al.: *Low back pain of mechanical origin: randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment*. Br. Med. J. 1990; 300: 1431-7; 1647-50.
- MELIO, M. et al.: *Il dolore da cancro: strategie neurochirurgiche*. Medicina e Morale 1989; 39: 703-15.
- MELZACK, R.: *Current concepts of pain*. En: Saunders, C. et al. (eds.) *Hospice: The living idea*. London: Edward Arnold, 1981, pp. 76-92.
- MELZACK, R.: *La tragedia del dolor innecesario*. Investigación y Ciencia, Abril 1990; (163): 11-8.
- Las mesas redondas de IANQ: Las clínicas del dolor*. Jano 1991; 40: 1693-1710.
- MERSKEY, H.: *An ethical issue in the psychotherapy of pain and other symptoms*. Bioethics 1990; 4: 22-32.
- MORRIS, J. N. et al.: *The effect of treatment setting and patient characteristics on pain in terminal cancer patients: A report from the National Hospice Study*. J. Chron. Dis. 1986; 39: 27-35.
- MORTON, A.: *A note on comparing death and pain*. Bioethics 1988; 2: 129-35.
- MOULIN D. E. et al.: *Comparison of continuous subcutaneous and intravenous hydromorphone infusions for management of cancer pain*. Lancet; 337: 465-8, 979.
- MOUNT, B.: *A final crescendo of pain?* Journal of Palliative Care 1990; 6 (3): 5-6.
- The nature of pain*. Lancet 1987; 2: 699.
- OHTEMANN, C.: *Purificar el lenguaje sobre el sufrimiento de los hombres*. LH 1982; 14: 89-94.
- Pain, anaesthesia, and babies*. Lancet 1987; 2: 543-4.
- Pain in the neonate and fetus*. N. Engl. J. Med. 1988; 318: 1398-9.
- Pain relief in active patients with cancer*. Br. Med. J. 1989; 298: 36-8.
- Pain relief in terminal illness*. Bull. Med. Eth. 1990; (64): 8.
- Il patire: enigma, salvezza e tecnica. «L'esperienza del dolore»*. Il Regno actualità 1987; 32: 170-72.
- PELLEGRINO, E. D.: *The Trials of Job. A Physician's meditation*. Lincoln Quarterly 1989; 56 (2): 76-88.
- PITHER C. E.: *Treatment of persistent pain*. Br. Med. J. 1989; 299: 1239-40.
- PORTENOY, R. K. y COYLE, N.: *Controversies in the long-term management of analgesic therapy in patients with advanced cancer*. Journal of Palliative Care 1991; 7 (2): 13-24.
- PORTENOY, R. K. y FOLEY, K. M.: *Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: Reports of 38 cases*. Pain 1986; 25: 171-86.
- PORTER, F.: *Dolor en recién nacidos*. Clínicas de Perinatología 1989; (2): 593-610.
- Postoperative pain relief and non-opioid analgesics*. Lancet 1991; 337: 524-6.
- Prescribing drugs for the aged and dying*. En Humber, J. M. y Almeder, R. F. (eds.) *Biomedical Ethics Reviews* 1987. 1-57.
- Psicología del dolor* (tema monográfico). Jano 1986; 30: 109-178.
- ¿Qué hacer con el sufrimiento?* En: Vimort, J. *Solidarios ante la muerte*. Madrid: PPC, 1990, pp. 21-50.
- RAWLINS, M. C.: *The sense of suffering*. J. Med. Philos. 1986; 11: 39-62.
- REISS, W. D.: *Changes in prescribing for terminal care patients in general practice, hospital and hospice over a five-year period*. J. R. Coll. Gen. Pract. 1987; 37: 504-6.
- A response to pain*. Lancet 1990; 336: 870.
- ROLDAN, A. et al.: *Tratamiento del dolor en oncología pediátrica*. Neoplasia 1991; 8: 141-46.
- ROY, D. J.: *Need they sleep before they die?* Journal of Palliative Care 1990; 6 (3): 3-4.
- RUTILLI, M. L.: *Frente al misterio del dolor*. LH 1977; 9: 78-83.
- SANCHA, J.: *Avances en la evaluación del dolor: una aportación fundamental en el desarrollo de fármacos analgésicos*. Jano 1991; 41 (6.º ex.): 43-52.
- SANZ ORTIZ, J.: *Analgesia con morfina rectal en pacientes oncológicos*. Neoplasia 1987; 4: 212-14.
- SANZ ORTIZ, J.: *Naturaleza del dolor crónico oncológico: líneas terapéuticas*. Neoplasia 1989; 6: 1-3.
- SARI, A. et al.: *Dossier: Vaincre la douleur*. Sciences & Avenir 1991; (528): 49-65.
- SCHALCHLI, L.: *Las imágenes del dolor en el cerebro*. Mundo Científico 1991; 11: 1110-11.
- Seminari sobre tractament del dolor*. Del 2 al 4 de maig de 1989. Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1989.
- SNELL, L. et al.: *Symposium: The management of chronic pain*. Annals RCPSC 1987; 20: 526-28.
- SNELLING, J.: *The role of the family in relation to chronic pain: Review of the literature*. J. Adv. Nurs. 1990; 15: 771-6.
- La sofferenza*. En: Angelini, F. *Quel Soffio sulla cresta*. Città del Vaticano: Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, 1990, pp. 147-182.
- La souffrance de celui qui meurt*. Laennec 1984; 32 (3-4): 1-22.
- STIEFEL, F. y BRUERA, E.: *On symptom control when death is near*. Journal of Palliative Care 1991; 7 (1): 39-41.
- Suffering: The meaning and management of pain*. «ITEST Conference». St. Louis, Mo.: ITEST, 1987.
- Sufrimiento y fe cristiana*. Concilium 1976; 12 (119): 312-445.
- SUTTON, P. M. et al.: *El dolor en el cáncer se puede aliviar*. Foro Mundial de la Salud 1990; 11: 210-4.
- SWARTOUT, R.: *Algunos dolores que he conocido*. Lancet 1987; 11: 207-8.
- SWARTOUT, R.: *Some pains I have known*. Lancet 1987; 1: 1133-4.
- The treatment of cancer pain*. N. Eng. J. Med. 1986; 315: 394-96.

- TOOTH, D.: *Creative expression and chronic pain*. Lancet 1990; 336: 1240-1.
- TYWCROSS, R. G.: *Alivio del dolor*. En: Saunders, C. M. (ed.) *Ciclos de la enfermedad maligna terminal*. Barcelona: Salvat, 1980, pp. 89-131.
- TYWCROSS, R. G.: *Relief of Pain*. En: Saunders C. M. (ed.) *The Management of Terminal Disease*. London: Edward Arnold, 1978, pp. 65-98.
- UCP del Hospital de la Sta. Cruz de Vsc: *Protocolos de control de síntomas en pacientes de cáncer avanzado y terminal*. LH 1990; 22: 176-83.
- Un año de la carta apostólica «Salvifici Doloris». I Principales claves que presenta el documento. II Síntesis de los principales contenidos. III Lectura pastoral de la carta apostólica «Salvifici Doloris». LH 1985; 17: 30-42.
- UKRACA, S.: *Contribuciones de la psicología al estudio del dolor*. Razón y Fe 1987; 213: 395-405.
- VENTAFRIDA, V. et al.: *Quality-of-life assessment during a palliative care programme*. Annals of Oncology 1990; 1: 415-20.
- VENTAFRIDA, V. et al.: *Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life*. Journal of Palliative Care 1990; 6 (3): 7-11.
- VICO PEINADO, J.: *El dolor: Experiencia humana y experiencia de fe*. En: Álvarez Gómez, et al. *Religiosos al servicio de los enfermos*. Madrid: Publicaciones Claretianas, 1982, pp. 69-96.
- VILLALONGA MORALES, A.: *Dolor en el paciente terminal*. Med. Clín. 1987; 89: 645-46.
- Vivir la fe desde el dolor. Teología y Catequesis, enero-marzo 1989; (29): 154.
- Vivre avec le cancer, sans douleur. Ligue suisse contre le cancer. Berne.
- VOLKENANDI, M.: *Fe y dolor*. Selecciones de Teología 1991; 30: 13-20.
- VOLKENANDI, M.: *Menschliches Leid und die Frage nach Gott*. Stimmen Derzeit 1989; 207: 407-18.
- WALDING, M. F.: *Pain, anxiety and powerlessness*. J. Adv. Nurs. 1991; 16: 388-97.
- WALSH, T. D. y WEST, T. S.: *Controlling symptoms in advanced cancer*. Br. Med. J. 1988; 296: 477-81.
- ZATTI, M.: *Filosofía natural de la libertad e del dolor*. Medicina e Morale 1989; 39: 313-30.
- SAUNDERS, C. (ed.): *Hospice: The living idea*. London: Edward Arnold, 1981.
- SAUNDERS, C. M. (ed.): *The management of terminal disease*. London: Edward Arnold, 1978.
- STODDARD, S.: *The Hospice Movement. A Better Way of Caring for the Dying*. New York: Vintage Books, 1978.
- VERSPIEREN, P.: *Face à celui qui meurt. Euthanasie. Acharnement thérapeutique. Accompagnement*. Paris: Desclée de Brouwer, 1984.

ARTÍCULOS

- AIKEN, L. H.: *Evaluation research and public policy: Lessons from the National Hospice Study*. J. Chron. Dis. 1986; 39: 1-4.
- ALBESA, N.: *Función y trascendencia del especialista del dolor en los centros clínicos de enfermos terminales*. En: Gafo, J. (ed.): *La eutanasia y el arte de morir*. Madrid: UPCM 1990, pp. 55-56.
- BATES, T. et al.: *The St. Thomas' Hospital terminal care support team*. Lancet 1981; 1: 1201-19.
- Besoins et demandes de celui qui meurt. Comment y Répondre à l'Hôpital? L'expérience d'un service de long et moyen séjour*. Paris: Centre Sévres, 1985.
- BULKIN, W. y LUKASHOK, H.: *RX for dying: The case for hospice*. N. Engl. J. Med. 1988; 318: 376-78.
- BURNE, S. R. et al.: *Helen House - A hospice for children: Analysis of the first year*. Br. Med. J. 1984; 289: 1665-668.
- CARLSON, R. W. et al.: *Development of a comprehensive support care team for the hopelessly ill on a university hospital medical service*. JAMA 1988; 259: 378-83.
- COPPERMAN, H.: *Domiciliary Hospice Care: A survey of general practitioners*. J. R. Coll. Gen. Pract. 1988; 38: 411-3.
- CHAMBERS, T. L.: *Hospices for children?* Br. Med. J. 1987; 294: 1309-10.
- CHAMBERS, E. J. et al.: *Terminal care at home for children with cancer*. Br. Med. J. 1989; 298: 937-40.
- I^o Congrès de l'Association Européenne des Soins Palliatifs. Paris 17, 18, 19 Octobre 1990. Programme et Résumés des Communications.
- DELGADO, R.: *La vida del enfermo en su fase terminal*. JANO 1985; 645H: 59-61.
- DOBHAL, S. V.: *Hospice. Enabling a patient to die at home*. Am. J. Nurs. 1980; (August): 1448-51.
- Effect, cost, and value of Hospice Care*. Lancet 1984; 1: 259-60.
- FRAMPTON, D. R.: *Restoring creativity to the dying patient*. Br. Med. J. 1986; 293: 1593-5.
- GASULL VILELLA, M.: *Hospice/Hogar-Asilo, una nueva esperanza*. Revista ROL de Enfermería 1983; (61): 24-28.
- GÓMEZ I BATISTE-ALENTORN, X. y ROCA I CASAS, J.: *Atención a enfermos terminales*. Todo Hospital 1989; 62: 51-5.
- GRAY, D. et al.: *A comparative cost analysis of terminal cancer care in home hospice patients and controls*. J. Chron. Dis. 1987; 40: 801-10.
- GREER, D. S. et al.: *An alternative in terminal care: Results of the National Hospice Study*. J. Chron. Dis. 1986; 39: 9-26.
- GREER, D. S. y MOR, V.: *An overview of National Hospice Study findings*. J. Chron. Dis. 1986; 39: 5-7.
- GREER, D. S. et al.: *National Hospice Study Analysis Plan*. J. Chron. Dis. 1983; 36: 737-80.
- HIGGINSON, I. et al.: *Palliative care: views of patients and their families*. Br. Med. J. 1990; 301: 277-81.
- HILL, E. et al.: *Hospice - the cost of in patient care*. Health Trends 1984; 16: 9-11.
- HILLIER, R.: *Palliative medicine. A new speciality*. Br. Med. J. 1988; 297: 874-5.
- HILLIER, R.: *Medicina paliativa. Una nueva especialidad*. Br. Med. J. 1989; 4 (1): 29-30.
- Hospice comes of age*. Lancet 1986; 1: 1013-14.
- Hospices compared with conventional care*. Science 1983; 222: 601.
- JOHNSON, I. S. et al.: *What do hospices do? A survey of hospices in the United Kingdom and Republic of Ireland*. Br. Med. J. 1990; 300: 791-3.
- LIEBNER, L. M.: *St. Christopher's Hospice, 1974. Care of the Dying Patient*. JAMA 1975; 234: 1047-48.
- El malati terminal i els professionals de la salut*. Delegació de Pastoral de la Salut. Arquebisbat de Barcelona. Barcelona: Claret, 1990.
- MARTIN RODRIGO, M. et al.: *I Congreso de la Asociación Europea de cuidados paliativos*. LH 1991; 23: 96-118.

BIBLIOGRAFÍA SOBRE HOSPICES

LIBROS Y MANUALES DE REFERENCIA

- ABIYEN, M.: *Pour une mort plus humaine. Expérience d'une Unité hospitalière de Soins Palliatifs*. Paris: InterEditions, 1990.
- Care of the Dying. A Guide for Health Authorities*. King Edward's Hospital Fund for London. National Association of Health Authorities. Birmingham: NAHA, 1987.
- DELBLE-LAPIERRE, L.: *Vivir el morir. De la relación asistencial a los cuidados paliativos*. Madrid: Ed. Paulinas, 1986.
- DOYLE, D.: *Domiciliary terminal care. A Handbook for Doctors and Nurses*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987.
- FINN PARADIS, L.: *Hospice Handbook. A guide for managers and planners*. Rockville, Maryland: Aspen Pub., 1985.
- DE GENTIL-BAICHIS: *Vivre avec celui qui va mourir*. Paris: Centurion, 1990.
- HAMILTON, M. P. y REID, H. F. (eds.): *A Hospice Handbook. A New Way to Care for the Dying*. Grand Rapids: W. B. Eerdmans Pub., 1980.
- HENLEY, A.: *Good practice in hospital care for the dying*. London: King's Fund Publishing Office, 1986.
- JOMAIN, C.: *Morir en la ternura. Vivir el último instante*. Madrid: Ed. Paulinas, 1987.
- Journal of Palliative Care*. (Revista especializada en este tema, publicada desde 1985 por el Center for Bioethics, Clinical Research Institute de Montreal, Canada).
- Lewis, M.: *Tears and smiles. The Hospice Handbook*. London: Michael O'Mara Books Ltd., 1989.
- Palliative cancer care*. Policy statement based on the recommendations of a WHO consultation. Leeds 10-11 February 1987. Copenhagen: WHO, 1989.
- REVERDIN, C. et al.: *La mort restituée. L'expérience médicale et humaine des «hospices»*. Genève: Labor et Fides, 1982.
- SAUNDERS, C. M. (ed.): *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Barcelona: Salvat, 1980.

CARLOS ARBOLES, S.A.

FABRICA DE GRIFERIA
EQUIPOS DE EMERGENCIA

Carmen, 64 - Tels. 242 69 39 y 329 87 11 - Telex 97404 CAFG E
08001 BARCELONA (ESPAÑA)

DR. F. M. DOMÉNECH TORNÉ



DR. J. SETOAIN QUINQUER

ESTUDIS MORFOFUNCIONALS

FUNCIÓ Y MORFOLOGIA TIROÏDAL • GAMMAGRAFIA ÒSSIA • FETGE I VIES BILIARS • PULMONS: VENTILACIÓ, PERFUSIÓ I GAL·LI • MORFOLOGIA I FUNCIONALISME RENAL • CARDIOLOGIA NUCLEAR • GAMMAGRAFIA SUPRARRENAL • GAMMAGRAFIA ESPLÈNICA • FLEBOGAMMAGRAFIA • LIMFOGAMMAGRAFIA INDIRECTA • ESTUDIS DE DEGLUCIÓ • VIES LLAGRIMALS • HEMORRAGIES DIGESTIVES • DETECCIÓ DE MUCOSA GÀSTRICA ECTÒPICA • RASTREIG CORPORAL AMB ^{131}I I AMB ^{67}Ga • HISTEROSAL PINGO-GAMMAGRAFIA • MARCATGES CEL·LULARS ERITRÒCITS, (LEUCÒCITS, PLAQUETES).

DENSITOMETRIA ÒSSIA

DETERMINACIÓ DEL CONTINGUT MINERAL DE L'OS.

LABORATORI NUCLEAR

RADIOIMMUNOANÀLISI (HORMONES, FÀRMACS, DROGUES) • MARCADORS TUMORALS • RECEPTORS HORMONALS • BIOQUÍMICA.

ECOGRAFIA

ABDOMINAL • TIROÏDAL • TESTICULAR • MUSCULAR • GINECOLÒGICA • PROSTÀTICA TRANSRECTAL • PUNCIÓ ECODIRIGIDA.

TERAPÈUTICA

TERAPIA METABÒLICA • ARTICULAR • BETATERAPIA OFTÀLMICA • CURITERAPIA INTERSTICIAL (^{192}Ir).

C. Londres n.º 6, D9 - Tel. 322 10 12 - Fax 410 87 74 - 08029 BARCELONA