

Suministro de las curas normales y las curas paliativas. Un punto de vista bioético.

Eduardo Casillas González

Morir con dignidad

La moral no puede ignorar el problema y el empeño por dar dignidad a la muerte del hombre: la expresión “muerte con dignidad”, cuando no pretenda dar a entender bajo formas veladas, eutanasia, expresa una indicación éticamente aceptable y que implica un deber. Es verdad que muchas personas mueren serenamente y no es necesario pensar, como nos advierte el documento de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, “únicamente en casos extremos”. “Sin embargo se debe reconocer que la muerte, precedida y acompañada muchas veces por sufrimientos atroces y prolongados, sigue siendo un evento que naturalmente angustia el corazón del hombre (...) Es muy importante en nuestros días 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 volverse abusivo. De hecho algunos hablan de derecho a la muerte, expresión que no designa el derecho de procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiera, sino el derecho a morir en toda serenidad con dignidad humana y cristiana” (Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración sobre La Eutanasia*, nn. 3-4).

Medios proporcionados y medios desproporcionados

Bajo esta luz la Declaración introduce una novedad de expresión y de lenguaje solicitada por los progresos de la medicina y señalada por algunos teólogos. Desde los tiempos de Pío XII se hablaba de medios terapéuticos “ordinarios” y “extraordinarios” y se ofrecía esta directriz: es obligatorio el empleo de medios ordinarios para el sostenimiento del moribundo, pero se puede lícitamente renunciar, con el consentimiento del paciente, o detrás de una solicitud, a los medios extraordinarios, incluso cuando esta renuncia determina la anticipación de la muerte. El carácter “extraordinario” era definido en relación al incremento del sufrimiento que podían procurar tales medios o bien al dispendio o también a la dificultad de acceso para todos aquellos que podían solicitarlo. Los progresos de la medicina han vuelto difícil esta distinción, en cuanto que muchos medios, que el día de ayer eran juzgados extraordinarios, han pasado por su uso a ser ordinarios y, además, como hacen notar ilustres clínicos, el uso de los medios de terapia intensiva ha salvado muchas vidas. De aquí la necesidad de encontrar otro criterio de referencia, ya no basado en el “medio terapéutico”, sino más bien en el “resultado terapéutico” que de él se espera. “Al día de hoy –dice la Declaración- respondían que no se está nunca obligados al uso de medios extraordinarios.

Hoy, sin embargo, tal respuesta siempre válida en línea de principio, puede quizás parecer menos clara, sea por la imprecisión del término que por los rápidos progresos de la terapia. Por lo tanto algunos prefieren hablar de medios *proporcionados* y medios *desproporcionados*. En todo caso se podrán valorar bien los medios poniendo frente a frente el tipo de terapia, el grado de dificultad y el riesgo que conlleva, los gastos

necesarios y las posibilidades de aplicación, con el resultado que se puede esperar, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales”(n. 2). De esta distinción la Declaración deduce cuatro criterios indicativos de gran utilidad: a) a falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consenso del enfermo, a los medios a disposición de la medicina más avanzada, incluso si entonces se encontrasen en etapa experimental y no exentos de algún riesgo; b) es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados no satisfagan las esperanzas puestos en ellos. Pero en el tomar semejante determinación, se deberá tener en cuenta el justo deseo del enfermo y sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; c) siempre es lícito conformarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. Por lo tanto no se puede imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, por cuanto esté ya en uso, no está sin embargo carente de peligros o bien es demasiado onerosa; d) ante una muerte inminente, inevitable no obstante los medios usados, es lícito tomar en conciencia la decisión de renunciar a tratamientos que procurarían una prolongación precaria y penosa de la vida, sin interrumpir bajo ninguna circunstancia las curas normales debidas al enfermo en tales casos” (n. 4).

Cuidados normales

Llegado el momento en el cual desde el punto de vista terapéutico, no se pueden hacer más intervenciones como tal con el objetivo de contener la enfermedad o de hacerla retroceder. En esta situación toda terapia corre el riesgo de ser desproporcionada. En este punto, la medicina cuenta con recursos para ser empleados y por lo tanto tiene la obligación de recurrir a ellos al límite de sus posibilidades como un acto ya no dirigido por sí mismo a la curación y prolongación de la vida, sino como deber de respeto hacia el paciente y de búsqueda de la calidad de vida.

Estos recursos están representados por las *curas normales* y las *curas paliativas*. Los dos conceptos no son los mismos necesariamente. Por curas normales deben entenderse la alimentación y la hidratación (artificiales o no), la aspiración de las secreciones bronquiales, la limpieza de las úlceras. En este sentido se ha expresado por ejemplo la *Carta de los trabajadores de la salud* en el número 120: “La alimentación y la hidratación, incluidas las que son administradas artificialmente, entran en las curas normales debidas al enfermo cuando no sean gravosas para él: su indebida suspensión puede tener el significado de verdadera eutanasia”.

Hemos querido expresarnos con las mismas palabras de los documentos por la precisión que requiere este delicado tema; no podemos pasar por alto el sentido humano contenido en las indicaciones y el respeto profundo a la persona en está muriendo. En estos últimos años, a propósito de las curas normales ha surgido una controversia especialmente en Estados Unidos, porque de parte de algunos centros se tiende a considerar la hidratación y alimentación artificiales como intervenciones terapéuticas y aún más, extraordinarias y por tanto no debidas al paciente. En la discusión ha intervenido entre otros actores, la Conferencia Episcopal de Estados Unidos para reafirmar que tal sostenimiento puede contribuir en muchos casos no tanto a prolongar la vida ni mucho menos representan una tortura sino que puede al contrario volver menos penosa la muerte; además recuerdan que alimento e hidratación no pueden configurar un acto médico, sino un cuidado normal incluso cuando la vía de administración es artificial. Obviamente, cuando el organismo ya

no está en capacidad de recibirlo o de aprovechar tales recursos, entonces dejan de ser un cuidado y termina la obligación de suministrarlos.

Cuidados paliativos

Las curas paliativas tienen una acepción más amplia que las curas normales porque están dirigidas a reducir los síntomas de la enfermedad y a quitar en primer lugar el dolor (pero no sólo el dolor). Por curas paliativas se entiende comúnmente aquellos tratamientos a favor de los pacientes afectados por una enfermedad incurable, con el objeto de controlar los síntomas más que la patología de base, a través de la aplicación de procedimientos que permitan al paciente mejorar su calidad de vida. Las curas paliativas involucran en nuestros días: a) *la oncoterapia paliativa*, es decir el conjunto de las aplicaciones de las clásicas terapias oncológicas (quirúrgicas, radioterapia, quimioterapia) aplicadas en pacientes en los cuales se busca la cura de los síntomas; b) las llamadas *curas de soporte*, las cuales comprenden: las terapias a base de analgésicos no causales con objeto de reducir o abolir la percepción del dolor; la valoración nutricional y la regulación hidro-electrónica; el tratamiento de las infecciones oportunistas; los procedimientos fisioterápicos de rehabilitación; el sostenimiento psicológico al que se le tiene que atribuir un lugar de importancia particular en la cura de soporte al paciente y sus familiares; la vigilancia psicológica del equipo de encargados cuyo idóneo equilibrio emocional está en la base de la óptima terapia en esta delicada fase de la enfermedad crónica. A propósito de las curas paliativas la Encíclica *Evangelium Vitae* se expresa en su número 65: “En la medicina moderna van adquiriendo relevancia particular las llamadas curas paliativas destinadas a volver más soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y asegurar al mismo tiempo al paciente un adecuado acompañamiento humano. En torno a esta estrategia han surgido las experiencias de los Hospicios, especialmente en países anglosajones y en otras naciones las iniciativas para las curas a domicilio, pudiéndose suministrar y practicar las curas paliativas también a domicilio, con la ayuda de psicólogos, pastores de almas y asistentes voluntarios de soporte a la familia.