

Poblete, Ricardo Augusto

El principio de lo éticamente adecuado

Vida y Ética. Año 9, N° 2, Diciembre 2008

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Poblete, Ricardo A. "El principio de lo éticamente adecuado"[en línea]. Vida y Ética. 9.2 (2008). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/principio-eticamente-adecuado-ricardo-poblete.pdf> [Fecha de consulta:.....]

(Se recomienda indicar fecha de consulta al final de la cita. Ej: [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010]).

EL PRINCIPIO DE LO ÉTICAMENTE ADECUADO

*Ciudad de Santa Fe,
jueves 12 de junio de 2008*

Pbro. Mgt. Ricardo Augusto Poblete

- Licenciado en Teología Moral, Academia Alfonsiana de la Pontificia Universidad Lateranense (Roma, Italia)
- Magíster en Ética Biomédica, Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)
- Miembro del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N. de Cuyo (desde 2001)
- Miembro del Comité de Bioética del Hospital Pediátrico "Dr. Humberto Notti" (desde 2004)
- Miembro del Comité de Ética e Investigación del Hospital Pediátrico "Dr. Humberto Notti" (desde 2004)
- Profesor de Teología Moral en la Pontificia Universidad Católica Argentina (Mendoza)
- Profesor de Teología Moral Fundamental y Teología Moral Especial I en el Instituto de Formación Docente "Pablo VI" (Profesorado en Ciencias Sagradas)
- Profesor de Teología Moral Fundamental, Teología Moral Especial II y Teología Moral Especial III en el Profesorado en Filosofía "Nuestra Señora del Rosario" (Seminario Arquidiocesano)

Palabras clave

- Centralidad de la persona
- Medios terapéuticos
- Evaluación en tres fases

RESUMEN

La exposición se presenta en tres puntos. En el primero se retoman sólo algunos de los importantes aspectos tratados en la conferencia plenaria de Mons. Calipari (el desarrollo más ampliamente expuesto de su pensamiento se encuentra en *Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico. Ética del uso de los medios terapéuticos y de soporte vital*); en el segundo se expondrá un caso clínico, para analizarlo en el tercer punto siguiendo el itinerario evaluativo en las tres fases propuestas.

ALGUNOS CONCEPTOS

Mons. Calipari afirma que la preocupación fundamental no debe ser "la obligatoriedad o no del uso de un determinado medio de conservación de la vida, sino *reconocer y respetar* la dignidad de la persona...". [1]

Calipari considera sustancial este punto de partida. Así, se pretende centrar la atención en la persona humana enferma. Esto es lo primordial. Sólo la persona será la "norma" desde la cual se podrá evaluar y valorar a continuación lo que se

puede y debe hacer o dejar de hacer. La perspectiva adoptada pretende defender la dignidad personal del paciente frente a posibles abusos respecto de la utilización de medios terapéuticos. Efectivamente, ante la persona que padece una enfermedad, en no raras ocasiones se puede correr el riesgo de desviar la preocupación sobre qué medios de conservación de la vida se podrán o no utilizar.

Focalizar la atención en la persona del paciente implica la necesidad de tomarla en toda su realidad vital. Esto significa reconocer y asumir "su verdad *objetiva e integral*".

Tal reconocimiento incluye la subjetividad de la persona. Quisiera reafirmar este concepto porque lo considero sumamente valioso. Hay que valorar y respetar su condición subjetiva, que es única e irrepetible, y que sólo él (si está en condiciones) puede "medir" en su verdadera dimensión. Se puede afirmar que no hay nada más objetivo que la subjetividad de la persona. Esta convicción de reconocimiento y respeto por la condición subjetiva de cada persona, tiene como consecuencia para todo el equipo de salud, la exigencia ética de saber buscar el tiempo necesario para poder captar, en la medida de lo posible y con los lógicos límites humanos, lo que se podría denomi-

[1] CALIPARI, Maurizio, *Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico. Ética del uso de los medios terapéuticos y de soporte vital*, Buenos Aires, EDUCA, 2007, pp. 192-193.

nar el mundo interior del paciente, que incluye también todo lo que a él lo rodea.

Por tal condición, única e irrepetible, en que cada persona desarrolla su vida, es importante destacar la necesidad de tener en cuenta cada situación determinada, para poder establecer lo que es éticamente adecuado considerando el bien integral de la misma.

Evidentemente, como sabemos y como se recuerda en el trabajo que estamos siguiendo, la vida física de la persona es el bien fundante y sobre el cual se apoyan todos los otros bienes o valores de la persona.

Pero también hay que recordar que la vida física no es un valor absoluto, porque no agota el valor de toda la persona. Esta afirmación tiene profundas repercusiones en el tema que se está desarrollando. En efecto, cuando se prolonga la vida "inadecuadamente" o más bien cuando se prolonga una agonía, ¿no se está afirmando con los *hechos* que no se acepta el límite humano?, y por ende ¿no se está absolutizando la vida física, que en sí misma no es absoluta? Me atrevo a expresar un parecer, fruto de mi trabajo pastoral: en muchas personas me parece notar una negación *de hecho* de los lími-

tes humanos, una no aceptación de una realidad, dura por cierto, como es la muerte. Esto no pocas veces impulsa a pretender utilizar medios de conservación de la vida que ya no son adecuados para una persona en una situación dada.

La propuesta concreta de la tesis de Mons. Calipari me ha parecido muy esclarecedora: propone considerar dos diadas que se han utilizado, una reciente y la otra desde hace mucho tiempo atrás: 1) proporcionalidad / desproporcionalidad; 2) la ordinariadad / extraordinariadad.

La primer diada la reserva fundamentalmente para aplicarla a los medios técnicos que están a disposición; en su trabajo ofrece una caracterización de los mismos: "a) la disponibilidad concreta o la posibilidad plausible de hallar el medio; b) la actual posibilidad técnica de usarlo adecuadamente; c) las expectativas razonables de 'eficacia médica' real; d) los eventuales efectos colaterales, perjudiciales para el paciente; e) los previsibles riesgos para la salud/vida del paciente eventualmente implicados en el uso del medio; f) la posibilidad actual de recurrir a alternativas terapéuticas de igual o mayor eficacia; g) la cuantificación de los recursos sanitarios (técnicos, económicos, etc.) necesarios para el empleo del medio". [2]

[2] Ibidem, p.199.

VIDA Y ÉTICA

La segunda diada la aplica a la persona del paciente; por lo tanto la ordinari-
dad o extraordinariedad se debe tener en
cuenta desde la subjetividad, desde la
condición única e irrepetible de cada per-
sona enferma. En el libro mencionado,
ofrece y explica lo que caracteriza a los
"medios extraordinarios": "a) un esfuerzo
excesivo para hallar y/o usar el medio; b)
experimentar un dolor físico enorme o
insoportable, que no pueda ser suficien-
temente aliviado; c) costos económicos,
vinculados con el uso del medio, que sean
muy gravosos para el paciente o para sus
parientes; d) experimentar un tremendo
miedo o una fuerte repugnancia en rela-
ción con el empleo del medio". [3]

Teniendo en cuenta estas dos diadas
propone un dinamismo evaluativo en
tres fases que son articuladas entre sí:

· La **primera fase**: analiza la propor-
cionalidad / desproporcionalidad de un
medio de conservación de la vida.

· La **segunda fase**: analiza la ordina-
riedad/extrariedad de tales medios
respecto de la persona concreta del
paciente en su situación concreta.

· La **tercera fase**: teniendo en cuenta
las dos anteriores cruza las posibilidades
teóricas que pueden darse.

Así se puede obtener una orientación
para obrar como la que se puede obser-
var en el **cuadro 1**.

Cada situación clínica concreta,
podrá encuadrarse en alguna de estas
clasificaciones. Desde el punto de vista
teórico se podrá descubrir entonces
cómo obrar en consecuencia.

A mi modo de ver, esta propuesta es
sumamente clarificadora, ya que poner
en el centro de atención la persona del
paciente, permite considerar la adecua-
ción o no de los medios de conservación
de la vida, teniendo en cuenta no sólo
los aspectos médico-científicos, sino
toda su realidad vital, la subjetividad de
la persona enferma.

Cuadro 1 Orientación para obrar

- | | | |
|--|--------|----------------------------|
| • medios proporcionados y ordinarios | —————> | modo de obrar: obligatorio |
| • medios proporcionados y extraordinarios | —————> | modo de obrar: facultativo |
| • medios desproporcionados y ordinarios | —————> | modo de obrar: ilícito |
| • medios desproporcionados y extraordinarios | —————> | modo de obrar: ilícito |

[3] *Ibidem*, p. 205.

CASO CLÍNICO A ANALIZAR

· A un hombre de 66 años, ya jubilado y con hijos mayores e independizados económicamente se le diagnostica una leucemia mieloblástica aguda. Al momento del diagnóstico vive solo con su esposa.

· Comienza tratamiento con quimioterapia obteniendo buenos resultados iniciales.

· Sin embargo, las drogas le producen problemas cardíacos severos.

· Durante la evolución surge un nuevo problema. Se le diagnostica una colecistitis aguda (inflamación de la vesícula), por lo que requiere una cirugía urgente, procedimiento riesgoso por el estado cardíaco y general del paciente.

· Se le sugiere la "implantación" de un marcapaso para atenuar las posibles complicaciones de la cirugía. Cabe destacar que aquí se generan opiniones encontradas y tanto él como sus familiares se oponen a dicha implantación, conscientes de los riesgos quirúrgicos por su estado general.

· Se realiza el procedimiento quirúrgico, que después de ciertas complicaciones resulta exitoso.

· Después de dos meses de realizada la intervención quirúrgica, nuevamente aparecen los signos de la leucemia; se vuelve a realizar quimioterapia.

· El paciente presenta a esta altura un deterioro progresivo.

· Nuevamente se le propone la implantación del marcapaso por su problema cardíaco. En este punto no existe unanimidad de criterios en el equipo médico.

· El paciente, consciente de la propia situación en la que se encuentra y del pronóstico de la enfermedad, decide no autorizar la colocación del marcapaso.

· Continúa el deterioro de su estado general y él, apoyado por sus familiares, decide suspender la quimioterapia.

· Fallece a los seis meses de haberse diagnosticado su enfermedad.

· Cabe destacar que en todo momento la obra social cubría los gastos tanto de internación como las drogas necesarias para el tratamiento.

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

En este caso concreto podríamos hacer una división en distintos momentos, dada la complicación que se presenta, y aplicar las fases evaluativas en cada uno de ellos.

En un *primer* momento se debe analizar la quimioterapia en este caso particular.

Fase 1: una vez acertado el diagnóstico, el protocolo de la quimioterapia se presenta como un medio "proporcionado", teniendo en cuenta las variables que se han explicado anteriormente.

Fase 2: el paciente, que en todo momento dialoga con sus familiares, considera la propuesta del médico tratante como viable para su persona y, por lo tanto, se la puede clasificar como "ordinaria".

Fase 3: para este paciente en su situación concreta, las fases anteriores configuran al medio utilizado (quimioterapia) como "proporcionado y ordinario".

- Por lo tanto, la conducta moral a seguir (el recurso a la quimioterapia) debe ser calificada moralmente como **obligatoria**.

En un *segundo* momento hay que tener presente la complicación que se presenta, es decir, la necesidad o no de una intervención quirúrgica y la implantación del marcapaso por el problema cardíaco.

Fase 1: por una parte hay que evaluar la intervención quirúrgica y, por otra, la implantación del marcapaso.

La intervención quirúrgica es evidentemente proporcionada. También es proporcionada la implantación de un marcapaso, aunque aquí se dividen las opiniones del equipo de salud. Las distintas posturas surgen de una visión más específica (una), y más holística (la otra).

Fase 2: cuando se le plantean los medios a aplicar ante esta complicación (y también en diálogo con su familia directa), el paciente acepta la intervención quirúrgica, aunque se niega a la implantación del marcapaso. Tal negativa obedece a que él mismo, y teniendo en cuenta las consultas realizadas con otros profesionales ajenos al equipo de salud tratante, considera que su problema fundamental

es la leucemia. La colocación de un marcapaso, si bien sale al paso de su problema cardíaco, no beneficia suficientemente a su estado de salud general.

Por lo tanto, es posible encuadrar la intervención quirúrgica para este paciente en su situación como un medio ordinario. Pero la implantación del marcapaso para este paciente en su situación concreta general es un medio extraordinario.

Fase 3: cruzando los análisis anteriores, la intervención quirúrgica se configura como un medio proporcionado y ordinario; mientras la implantación del marcapaso como un medio proporcionado y extraordinario.

- Por lo tanto, la conducta moral a seguir es calificada moralmente como **obligatoria** en el caso de la intervención quirúrgica y como **facultativa** en el caso de la implantación del marcapaso.

En un *tercer* momento hay que evaluar el desarrollo posterior de la salud del paciente.

Fase 1: el avance de la leucemia ya no se puede detener y la acción de la quimioterapia ya no brinda los resultados esperados. Por lo tanto, los beneficios para el paciente no son significativos, y los efectos colaterales son cada vez más gravosos para él por su deterioro general. El equipo de salud advierte ya que los resultados de la quimioterapia no son los esperados.

Fase 2: la persona enferma percibe claramente que el proceso de su enfermedad es progresivo e irreversible. En esta etapa va aceptando que su muerte se aproxima. Por una serie de razones personales y por la fragilidad del estado general de su salud, al paciente se le hace muy dificultoso el recurso a la quimioterapia. Luego de dialogarlo con sus familiares, él decide suspender la aplicación de la quimioterapia. Aunque sin utilizar esta terminología, evidentemente él la considera como extraordinaria.

Fase 3: cruzando los datos de las dos fases anteriores, en esta nueva situación, la aplicación de la quimioterapia se puede configurar como un medio desproporcionado y extraordinario.

- Por lo tanto, la eventual utilización de tales medios debe ser considerada como **ilícita**. De aquí se deduce que la decisión de suspender la quimioterapia que tomó el paciente fue **moralmente correcta**.

CONCLUSIÓN

La propuesta de Mons. Calipari es una alternativa que brinda claridad en temas tan complejos para valorar moralmente en situación las decisiones a tomar.

La misma salvaguarda en primer lugar la dignidad de la persona enferma, principal preocupación que se debe tener; en segundo lugar nos ubica en un planteo objetivo al considerar con rigor la eficacia médica de los medios de conservación de la vida respecto de la persona concreta; en tercer lugar nos hace nuevamente centrar la atención sobre la persona cuando se valora cuidadosamente su subjetividad.

De esta manera, se dignifica a la persona humana, preocupación fundamental de la Bioética personalista, al resguardarla ya sea del tecnicismo exagerado o de un subjetivismo extremo.