

Publicado en la revista Bioética y Ciencias de la Salud

## OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

Antonio Pardo. Doctor en Medicina

Departamento de Humanidades Biomédicas, Universidad de Navarra

El tratamiento médico de los pacientes ha cambiado radicalmente en la segunda mitad del siglo XX con el desarrollo técnico aplicado a la Medicina. Junto con dicho desarrollo, ha aparecido la posibilidad de emplear técnicas médicas de modo descontrolado o innecesario. Uno de dichos excesos es la denominada obstinación terapéutica, que ha causado justificado temor social a ponerse en manos de los profesionales de la sanidad.

Para comprender mejor dicho fenómeno, examinaremos sucesivamente en qué consiste, las causas que llevan a él en la práctica sanitaria actual, y los posibles remedios que se pueden aplicar para favorecer su desaparición, para terminar en una breve conclusión.

### NATURALEZA

Entendemos por obstinación terapéutica la recomendación o aplicación por parte del médico de maniobras de prevención, pruebas diagnósticas<sup>1</sup> o tratamientos que, en ese caso concreto, o bien carecen de utilidad, o bien resultan intolerables o excesivamente onerosos para el paciente o su familia.

Esta conducta médica se encuentra tipificada en la última edición publicada del Código de Ética y Deontología Médica español como contraria al buen quehacer médico. Para profundizar un poco más en esta escueta indicación del Código, y dar con sus motivos profundos, se hace necesario tomar algunas reflexiones éticas<sup>2</sup> generales y aplicarlas al caso del acto médico.

Cuando la ética desarrolla su estudio de la conducta humana, su estatuto como ciencia es muy peculiar. Por una parte, es parte de la filosofía y, por tanto, es una ciencia teórica, que obtiene conocimientos abstractos acerca del obrar humano. Pero, por otra parte, al versar sobre el comportamiento, puede ser una orientación interesante para la actuación misma. Indudablemente, se puede actuar bien desde el punto de vista ético sin necesidad de conocer teoría ética. Pero tampoco cabe duda de que dicha actuación es más fácilmente correcta si la teoría viene en ayuda de la práctica de cada día.

Esa actuación práctica de todos los días es posible gracias a los hábitos de comportamiento que, cuando nos orientan hacia el bien en nuestro obrar, denominamos virtudes. Así, sin diligencia en el trabajo no es posible trabajar con orden y puntualidad. De entre todas las virtudes, la fundamental es la prudencia, que permite elegir lo adecuado en cada momento. Ha de verse acompañada de un adecuado cortejo de otros hábitos, pero ella resulta como la directora de orquesta de la conducta.

La posesión de unos hábitos de conducta buenos (virtudes) permite un juicio por connaturalidad de las diversas acciones que realizamos cada día, sin necesidad de una compleja elaboración

teórica sobre lo que estamos haciendo y sobre si es conveniente o no desde el punto de vista ético. La vida cotidiana, sin hábitos, sería completamente impracticable. Esto permite establecer que el metro para medir la bondad de nuestras acciones será el hombre bueno, que tiene hábitos virtuosos bien arraigados.

Sin embargo, a la hora del estudio teórico de la acción, este procedimiento de evaluación de una acción es impracticable, entre otras muchas razones, porque no podemos determinar quién es la persona prudente y virtuosa que nos puede servir de metro u orientación para cada acción. Por esta razón, desde hace muchos siglos se viene realizando un análisis de la acción humana que se fija en los diversos elementos del acto voluntario para poder efectuar un juicio ético sobre las acciones. Este procedimiento no es el que se emplea normalmente para actuar, pero resulta indudablemente orientador de la actuación.

El acto voluntario comienza por el conocimiento racional o previsión (primer elemento voluntario); sigue por el establecimiento de fines de la acción (la intención, segundo elemento); a continuación el agente elige unos medios (tercer elemento) que a veces llevan aparejados efectos indeseables o tolerados que se aceptan voluntariamente para conseguir el fin pretendido (cuarto elemento).

Una persona que actúa de modo moralmente correcto tiene una voluntad buena. Esto significa que razona adecuadamente antes de actuar (primer elemento), que intenta fines buenos (segundo elemento), que los intenta alcanzar mediante medios buenos (tercer elemento), y que no tolera efectos indeseables desproporcionados con lo que pretende (cuarto elemento). El fallo de uno cualquiera de estos elementos hace que la actuación, globalmente considerada, sea incorrecta desde el punto de vista ético, sea por imprevisión voluntaria, intención torcida, medios inmorales o efectos indeseables desproporcionados.

La obstinación terapéutica puede tener su origen en varios de ellos. Así, muchas veces no se reflexiona adecuadamente sobre los pormenores del caso clínico que se atiende (falta de previsión), lo que puede llevar a intentar un tratamiento que es imposible que alcance su objetivo. Sin embargo, quizá lo más frecuente en el encarnizamiento terapéutico sea la aceptación voluntaria de unos efectos indeseables desproporcionados con el objetivo bueno que se intenta.

Este problema de la desproporción de los efectos indeseables surgió muy pronto en la reflexión ética de la atención médica con medios técnicos avanzados. El paciente con respirador fue una de las primeras fuentes de perplejidad para la ética médica en el siglo XX. ¿Qué hacer en el caso concreto, aplicarlo u omitirlo? La primera guía ética al respecto vino de Pío XII, que estableció que no existe obligación moral de aplicar medios técnicos extraordinarios para conseguir la curación, mientras que sí existe la obligación de aplicar los medios ordinarios. Esta distinción fue rápidamente aceptada por la ética profesional, católica y no católica.

La condición de medio extraordinario reside en que se trate de un tratamiento con pocas posibilidades de conseguir el fin que pretende, o bien que lo consiga a costa de sufrimientos o molestias difícilmente soportables por el paciente o su familia, o con un coste exagerado para sus posibilidades de conseguir su objetivo. Se concreta así de cara a la atención médica el principio ético general de evitar efectos indeseables que no estén en proporción con el objetivo que se intenta.

Posteriormente, al considerar que la cualidad de ordinario y extraordinario varía con el contexto personal, económico y social, se ha cambiado su denominación a medios proporcionados y medios desproporcionados: existiría obligación moral de aplicar los medios proporcionados para recuperar la salud y no existe la de aplicar los desproporcionados. La obstinación terapéutica sería la aplicación de medios médicos que producen efectos indeseables desproporcionados con el objetivo terapéutico que se intenta.

Por tanto, para que el médico pueda determinar en cada caso concreto si un medio es proporcionado o no, es necesario que estudie detalladamente el caso clínico que tiene entre manos, para conocer con la mayor exactitud posible sus posibilidades de recuperación con uno u otro tratamiento, para poder así recomendar el más oportuno.

Esta orientación ha guiado la práctica de la medicina intensiva desde sus comienzos, ya que fue la aplicación de estas terapias la que causó mayores perplejidades éticas, especialmente la cuestión de la conveniencia de retirar un respirador o de no intubar a un paciente. Por desgracia, los estudios de los casos clínicos encaminados a obtener un poder predictivo razonablemente fiable se enfrentan con el hecho de la complejidad de la biología humana, que dificulta notablemente el establecimiento de unos parámetros claros que indiquen la viabilidad de un tratamiento concreto o sus posibilidades de éxito. El médico, además de estos estudios predictivos, deberá servirse de su experiencia profesional, que, aunque no se pueda traducir en cifras estadísticas, resulta muchas veces la mejor orientación sobre la recuperabilidad de un paciente.

Sin embargo, no es infrecuente que, aunque los médicos tengan claros estos principios generales, sucedan una y otra vez los casos de muertes penosas en el ámbito de la Unidad de Cuidados Intensivos. En ciertas ocasiones es un paciente cuya evolución se tuerce inesperadamente con una o varias complicaciones que hacen su caso irrecuperable, o un caso dudoso, en el que se prefirió apostar a favor de la vida, y la apuesta resultó desgraciadamente fallida<sup>3</sup>. Pero en otras se trata de casos que, examinados *a posteriori*, nos llevan a concluir que no debieron siquiera ingresar en dicha Unidad. El resultado final es la tan temida escena de la “muerte llena de tubos”.

Este resultado es una de las causas de la creciente opinión a favor de la eutanasia: antes que morir de semejante manera, parece preferible la muerte. En dicha corriente de opinión han jugado un papel indudable los medios de comunicación, que publican (muchas veces sin el menor escrúpulo ni pedir permiso a nadie) imágenes de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos cuando se ponen a hablar de testamento vital o eutanasia. En parte, dicha espectacularidad viene exigida por la necesidad de los medios de atraer a su clientela; pero, en parte, también se advierte en ocasiones una campaña de difusión orquestada por medios liberales, que potencian abiertamente la despenalización de la muerte del paciente a petición (y no simplemente la buena práctica médica que omite la obstinación terapéutica). La importancia de esta consecuencia social de la obstinación terapéutica hace necesario que profundicemos en las diversas causas que pueden llevar a su práctica.

## CAUSAS

Aunque la práctica médica pueda parecer a los profanos una ciencia exacta, está sujeta a muchas variables de tipo sociológico, relaciones interprofesionales, actitudes personales, etc. Así, por mencionar un ejemplo claro, existe una enorme diferencia psicológica entre no ingresar a un paciente en Cuidados Intensivos y apagar el respirador a otro que ya está ingresado en ella. Desde el punto de vista del análisis ético, la diferencia puede ser nula: en ambos casos se puede tratar de aplicar medios desproporcionados. Sin embargo, la resistencia del profesional sanitario a apagar el respirador es mucho mayor que la resistencia a no ingresar al paciente en la Unidad.

Nos limitaremos a mencionar a continuación algunos de los factores que pueden desencadenar este encarnizamiento. Algunos se derivan de factores no técnicos, mientras que otros se deben a problemas para definir técnicamente la mejor solución en ese caso.

Entre los primeros cabría mencionar problemas de relaciones interprofesionales que implican a médicos noveles, normalmente durante su periodo de residencia. Cuando estos médicos atienden una urgencia en el medio hospitalario, se ven a veces presionados por la actitud de sus jefes jerárquicos, que pueden haber dejado establecido que a un determinado paciente se le haga todo lo posible o, por el contrario, que no se le ingrese en la UCI. El residente, para evitar problemas posteriormente, hace lo que el jefe ordenó, aunque piense que no sea lo más adecuado, iniciando así unos cuidados superfluos.

Del mismo modo puede actuar sobre la conducta del médico la presión de un paciente, o de sus familiares que quieren “que se haga todo lo posible”, y no se dejan convencer de una situación irremediable; el miedo a un posible pleito por parte de la familia puede llevar al médico a poner en práctica procedimientos que sabe ineficaces, simplemente para evitar posibles represalias.

Si nos fijamos en la posible petición incorrecta de pruebas diagnósticas, entran en acción otros factores. Así, es frecuente el exceso de peticiones en los médicos con poca experiencia profesional, pues intentan compensar su inseguridad en los diagnósticos con pruebas complementarias que muchas veces no le aclararán lo que padece el enfermo. Si estas pruebas no son inocuas, pasan de ser un gasto médico innecesario a ser obstinación terapéutica.

En otras ocasiones, influye decisivamente en la petición de pruebas diagnósticas su disponibilidad en el medio donde se ejerce profesionalmente. Así, si un hospital dispone de tomografía de emisión de positrones o de resonancia magnética, dichos aparatos tenderán a ser empleados aunque aporten pocos datos o ninguno en ese caso concreto; sin embargo, si los pacientes han de remitirse a otro centro para realizarlas, las peticiones tienden a limitarse a lo imprescindible.

Otro problema que produce peticiones de pruebas innecesarias es el que el Dr. Herranz ha bautizado como “síndrome del paciente interesante”. Se trata de un síndrome que afecta al médico cuando se enfrenta con casos clínicos poco frecuentes o con implicaciones fisiopatológicas complicadas. La realización de una prueba complementaria en dichos casos aporta algo interesante para la curiosidad profesional, pero no aporta un ápice a un mejor diagnóstico o a un posible tratamiento más adecuado del enfermo. En esta línea habría que inscribir la realización de tesis y trabajos de investi-

gación clínica que fomentan la petición de pruebas al paciente, a veces necesarias o útiles sólo para el investigador, y molestas o incluso peligrosas para el enfermo.

Como cuestión más de fondo, es imprescindible mencionar la formación que se proporciona en las Facultades de Medicina. Dada la complejidad de la técnica médica contemporánea, el peso relativo de la docencia de cuestiones biológicas y físicas del cuerpo humano ha crecido exponencialmente. La impresión global que sacan los nuevos médicos de la enseñanza que han recibido suele ser que la Medicina está para curar, y que lo que se espera del médico es la intervención resolutive, agresiva si es necesario. Esta impresión general pesa mucho a la hora de decidir el tratamiento de los pacientes, pues se tiende a preferir la intervención técnica a la conducta expectante. Si a esto se suma el escaso aprendizaje recibido en cuestiones como la medicina paliativa, o en la formación humana que facilita acompañar al paciente en su sufrimiento, tenemos una clase médica joven con una tendencia clara a aplicar tratamientos innecesarios, superfluos, o dañinos.

## REMEDIOS

Algunas de las causas mencionadas en el apartado anterior tienen un remedio obvio, que viene a neutralizar directamente la causa de la patología observada. Así, cabría mencionar la mejora de las relaciones interprofesionales para evitar que el paciente se vea convertido en un instrumento de las rencillas entre jefes y subordinados; una mejor capacitación profesional para el diálogo con el paciente y sus familiares, que fomente la confianza necesaria para una correcta atención profesional; la formación adecuada en economía médica, que muestre a todos las consecuencias económicas de las peticiones de análisis o pruebas diagnósticas; una dirección seria de los trabajos de investigación, que limite la curiosidad profesional a lo necesario para obtener el conocimiento que se persigue.

Sin embargo, a estos remedios para las causas concretas de la obstinación, habría que sumar otros remedios de tipo más general, que no se pueden proporcionar por medio de soluciones puntuales a problemas puntuales. Así, hemos mencionado la necesidad de imbuir en los profesionales sanitarios una mayor conciencia de las facetas no técnicas del enfermar; esto implica acentuar la formación humanística, crear en ellos capacidad de empatía con el paciente, en una palabra, hacer de los médicos expertos en humanidad, y no sólo en fisiopatología y diagnóstico diferencial. Como es lógico, este objetivo no se puede lograr sin modificar seriamente muchos planes de estudio vigentes.

Dentro de estos remedios de tipo más general, me gustaría hacer hincapié especialmente en tres de ellos: la enseñanza de la ética general, el uso de un protocolo de decisión para los casos difíciles y la vitalidad de los comités de ética hospitalarios.

## ENSEÑANZA DE LA ÉTICA

Una enseñanza de cuestiones de ética general en el programa docente de Medicina aliviaría muy probablemente la incidencia de la práctica de la obstinación terapéutica por parte de los médicos. La conexión que encuentro entre ambas cuestiones es la siguiente: cuando este conocimiento relativamente técnico del obrar humano no existe, se tiende no pocas veces a realizar interpretacio-

nes simplistas del obrar humano y de las normas morales. Concretamente, la interpretación de dichas normas se suele quedar en su sentido más básico y literal.

Si se aplica este tipo de interpretación a la norma moral que prohíbe matar, es fácil caer en la reducción de dicha norma al mero hecho de que de las acciones del médico no se puede derivar la muerte de una persona, a la materialidad de que la muerte no se siga de la acción profesional. Sin embargo, si recordamos lo mencionado anteriormente a propósito de los diversos elementos que han de tenerse en cuenta en la actuación moral, es necesario reinterpretar dicha norma, que debería rezar aproximadamente así: habiendo previsión suficiente, la muerte de un paciente no debe ser intentada ni ejecutada con la acción<sup>4</sup> y, si se sigue de la actuación del médico, debe haber razones proporcionalmente serias para permitir tal efecto.

En este sentido, no es difícil escuchar de los médicos comentarios que califican de eutanasia una intervención arriesgada, que tiene una mortalidad elevada en el postoperatorio inmediato. Eso es un error conceptual que confunde la decisión (y la consiguiente acción) con los efectos tolerados. Mientras que la decisión (y consiguiente acción) de que el paciente muera siempre es incorrecta, tolerar que muera a resultas de un tratamiento puede ser correcto, siempre que dicho tratamiento ofrezca esperanzas serias de alivio o curación.

Esta confusión, por desgracia demasiado frecuente, puede llevar con facilidad al encarnizamiento terapéutico, del modo siguiente: si se piensa que el mero morir del paciente como resultas del acto médico es incorrecto, la consecuencia lógica es que el médico debe luchar siempre por que el paciente viva. Por tanto, deberá iniciar todo tipo de tratamientos antes que dejar que muera. Como es obvio, esta postura es errónea por confundir el “dejar morir” como voluntad efectiva de que el paciente muera (la eutanasia) con el “dejar morir” como tolerar su muerte como resultado indeseado de un tratamiento que está médicamente indicado en ese caso.

Esto lleva en más de una ocasión a discusiones, y no precisamente serenas, con respecto a los cuidados que deben facilitarse a pacientes problemáticos a este respecto. Mientras que unos médicos, conscientes de la distinción entre lo que se decide y lo que se tolera, puede propugnar que se suspenda el tratamiento en ese caso, otros, que no captan adecuadamente dicha diferencia, dirán que esa postura es una falta de respeto por la vida del paciente o práctica de la eutanasia. Como consecuencia de esta discusión, las ideas pueden quedar más confusas que al comienzo por ambas partes, y el resultado final es que nadie se atreve a apagar un respirador en una Unidad de Cuidados Intensivos, aunque en su fuero interno consideren que ese tratamiento es completamente inútil.

Dicha confusión podría evitarse con una enseñanza adecuada de algunas cuestiones de ética general en el curriculum del médico, que podría distinguir mediante dichos conocimientos un aspecto del otro con relativa facilidad, evitando luego la repercusión práctica de la prolongación indebida de unos cuidados intensivos, con los efectos lamentables que tiene esta práctica tanto sobre el paciente como sobre sus familiares y la opinión pública.

## PROTOCOLO DE TOMA DE DECISIONES

El segundo remedio que quisiera mencionar es la adopción de un protocolo de decisión para los casos difíciles en que se plantea la implantación o retirada de tratamientos. Nos parece que la versión más adecuada de dicho protocolo es la preconizada por Iceta, pues conjuga armoniosamente aspectos a primera vista contradictorios, como son la utilidad del procedimiento terapéutico, la voluntad del paciente o la carga que supone para la familia o la sociedad. Dicho protocolo establece un orden de consideración de los diversos factores; este orden se establece basándose en el desarrollo del acto moral que hemos hecho anteriormente: previsión, intención, decisión, efectos tolerados.

Por resumirlo, aunque sea con algunas omisiones y modificaciones, el protocolo considera sucesivamente los siguientes elementos:

En primer lugar, deben conocerse los extremos relevantes del caso clínico que se ha de atender. Es la previsión, que incluye el conocimiento de los indicadores pronósticos de la enfermedad que sufre el paciente, pues sólo con dicho conocimiento en la mano estaremos en condiciones de enfocar adecuadamente la acción.

A continuación, el médico debe intentar un objetivo bueno. La intención que viene exigida por el *ethos* de la profesión sanitaria es la curación o el alivio del paciente. Por esta razón, el médico no debe realizar ni recomendar una intervención que carezca de utilidad alguna. Es más, si el paciente o sus familiares solicitan una intervención de este tipo, debe procurar no llevarla a cabo. De todos modos, a este respecto es necesario realizar una precisión importante: si el paciente nos solicita un determinado tratamiento, que según la bibliografía médica disponible sabemos ineficaz, todavía se puede administrar si se considera que su efecto placebo puede merecer la pena, pues produciría un alivio real del paciente, que es lo que se va buscando. En otras palabras: no todo lo biológicamente ineficaz es realmente ineficaz y, por tanto, podemos dar tratamientos que, desde un punto de vista meramente biológico, son ineficaces, pero que no lo son realmente.

Suponiendo que la aplicación del tratamiento no tenga en sí misma inconvenientes morales (es decir, que sea una decisión buena en sí misma considerada), toca considerar los efectos tolerados del tratamiento. Estos pueden ser de tipo orgánico: molestias, dolores, limitaciones, etc. El médico debe conocer estos efectos e informar de ellos al paciente. Pero, a la hora de sopesarlos para ver si merece la pena arrosarlos, aunque el médico tenga un juicio razonable sobre la cuestión, quien tiene que decidir es el paciente, pues es su vida la que se verá afectada por dichos efectos indeseados. Así, mientras que algunas personas toleran de modo admirable el dolor físico, otras tiemblan de sólo pensar en él. O puede haber cuestiones que, por razones culturales o religiosas, resulten insuperables para ciertos pacientes, mientras que para otros son detalles banales del tratamiento<sup>5</sup>.

Entra aquí la cuestión de la autonomía del paciente y el consentimiento informado, pero en un contexto y con un significado completamente distintos a los que pretenden algunos bioéticos estadounidenses. Para éstos, autonomía es capacidad de decisión absoluta sobre la propia persona. Para nosotros, en este contexto y con la autolimitación del médico para no aplicar cuidados inútiles, autonomía no significa más que capacidad de diálogo del paciente como persona; el enfermo debe ser conocido por el médico como tal hombre enfermo (y no sólo como organismo estropeado), para po-

der tratarlo según merece tras un acuerdo mutuo que pasa por comprender sus peculiaridades personales y asumirlas en la atención profesional.

De aquí se deriva una cuestión que muchas veces pasa inadvertida en el curso de la atención médica: ante una misma enfermedad orgánica, el curso de acción debe ser distinto según la idiosincrasia de cada paciente. El establecimiento de protocolos rutinarios de actuación ante una patología es razonable, pero sólo hasta cierto punto: aquél en que entran a contar las peculiaridades del paciente. Por esta razón, el esfuerzo terapéutico de tipo técnico varía de unos pacientes a otros, y esto no significa, en absoluto, que unos están peor tratados que otros: esta variación es reflejo precisamente de que cada paciente es tratado del mejor modo posible, es decir, del modo que mejor se adapta a sus circunstancias individuales, tanto de tipo orgánico como no orgánico.

Pero los efectos tolerados del tratamiento no se limitan a afectar al paciente. También pueden implicar a los familiares, o suponer un gasto económico excesivo para el paciente o para la sociedad. Estas repercusiones, por así decir “externas” al acto médico, tampoco deben ser descuidadas. Tenemos sobrada experiencia clínica de que los enfermos las tienen en cuenta, al rechazar un tratamiento que ofrece pocas esperanzas de curación o es especialmente molesto, como puede ser la quimioterapia de un tumor, pero no por ninguno de dichos factores, sino porque consideran que ese dinero estaría mejor gastado de otra manera, bien sea porque no desean dilapidar los ahorros familiares en una curación dudosa, bien porque consideran que ese gasto puede ayudar mejor a otros.

Este factor debe ser siempre considerado en último lugar, y sólo de esta manera conseguiremos introducirlo en la decisión médica sin que ésta se convierta en una tiranía derivada del presupuesto disponible en la institución donde se prestan los cuidados médicos. Como es lógico, este factor económico-social debe ser evaluado por el paciente, a no ser que simplemente el presupuesto no nos dé para realizar el tratamiento que veríamos más recomendable. Esto comporta la obligación de informarle del precio del tratamiento, aunque no sea él quien lo abone directamente, sino el sistema nacional de salud o un seguro privado.

Esta consideración sucesiva de la utilidad del procedimiento técnico que vamos a emprender, su aceptabilidad por el paciente y sus posibles repercusiones familiares, económicas o, en general, sociales, permite llegar a conclusiones claras en muchos casos que, de otra manera, aparecen embrollados y de muy difícil solución, en los que aflora una y otra vez la perplejidad ética que nos hace dudar si instaurar tratamiento o no, si retirar un tratamiento o mantenerlo.

## REVITALIZACIÓN DE LOS COMITÉS DE ÉTICA

En último lugar, quisiera mencionar un remedio que está cada día más a nuestro alcance, siempre que sepamos emplearlo adecuadamente: los comités de ética hospitalarios.

Como es sabido, esta institución, nacida originalmente en Estados Unidos, se está difundiendo cada día más por nuestras instituciones hospitalarias. Su misión, distinta a la de los comités de ética de investigación, consiste en la formación ética de sus miembros, la formación ética de quienes trabajan en esa institución, y la elaboración de respuestas a consultas de casos particulares o casos tipo más generales.



Como es sabido por experiencia de quienes forman parte de estos comités, su trabajo, aparte de no remunerado, no es muchas veces bien considerado por sus colegas de la institución hospitalaria. El médico español tiende a pensar que ya toma él las decisiones éticas, y que no tiene que venir un comité a imponerle criterios que quizá no comparte. Esta visión, quizá más visceral de lo que debería ser, no toma en cuenta el papel meramente orientador y consultivo de los comités de ética: nadie pone en duda que las decisiones son personales e intransferibles. Pero tomar las decisiones correctas puede ser complicado en ocasiones, y es misión de la prudencia recabar consejo de otros colegas. Posteriormente se puede o no hacer caso de dicho consejo (un motivo más de frustración a veces para los miembros del comité), pero podría ser temerario suponer que dicho consejo es, de entrada, una superestructura superflua.

Cuando un comité de ética hospitalario funciona eficazmente, con ilusión, empleando horas de trabajo real, estudio y discusión ordenada en las reuniones, su objetivo de formación personal de los miembros se cubre con rapidez, al menos en comparación con sus otros fines. Sus miembros se encuentran entonces capacitados para clarificar las cuestiones que hemos desbrozado más arriba: diferenciación de efectos intentados y efectos tolerados, distinción entre el dejar morir que implica intencionalidad eutanásica y el que no la implica, etc. Pueden participar así en reuniones clínicas de los diversos departamentos o servicios para hacer aparecer en alguna de ellas cuestiones éticas de especial interés para ese equipo. Y entre estas cuestiones se encontrará el protocolo explicado anteriormente, que permitirá que los médicos, en el futuro, tengan una guía para distinguir con más facilidad los casos en que se debe instaurar tratamiento de aquellos en que no; o los casos en que es correcto retirar el tratamiento de aquellos en que se debe continuar aplicando<sup>6</sup>.

Esto exige capacidad de sacrificio de los miembros del comité para seguir realizando su labor cotidiana, y sencillez de los demás miembros del equipo asistencial para presentar consultas de casos concretos, incluso aunque tengan ya una opinión sólidamente formada acerca de cómo enfocar su solución. Esta consulta no es humillante, pues tanto quien acude a ellos como los miembros del comité saben que su misión es orientadora, y no el establecimiento dictatorial de unas pautas de actuación que deban seguirse por todos los miembros del equipo sanitario. En este sentido, es bueno recordar que es parte de la responsabilidad de quienes forman parte de los comités la formación del resto de sus colegas, objetivo que sólo pueden lograr mediante un trabajo bien realizado y unas respuestas ponderadas, razonadas y ecuanímes a las consultas que se les realicen. Sólo la confianza que despierta una buena actuación hará posible su benéfica labor en el conjunto de la institución donde trabajan.

## CONCLUSIÓN

La obstinación terapéutica es una conducta médica incorrecta desde el punto de vista profesional, con serias repercusiones sobre la atención individual de cada paciente y sobre la opinión pública acerca de la clase médica y de su trabajo. Dichas repercusiones, presentes aunque se trate sólo de pocos casos, hace que sea prioritaria la lucha contra su práctica.

Hemos examinado algunas de las causas que contribuyen a su aparición, y su solución específica. Pero nos ha parecido más importante llamar la atención sobre varios factores de fondo que influyen en el desarrollo de esta conducta incorrecta. Concretamente, hemos apuntado la deficiencia en la formación ética y humanística presente en los estudios de los profesionales sanitarios, la falta de instrumentos conceptuales adecuados (un protocolo claro de actuación) para resolver los casos en que se duda sobre la aplicación de un tratamiento y, por último, la devaluación en la opinión médica de la actuación de los comités de ética hospitalarios. Pensamos que, atacando seriamente estas deficiencias, la profesión médica estaría en condiciones de reducir drásticamente la frecuencia de la obstinación terapéutica.

El objetivo principal de esta lucha estriba precisamente en el bien del paciente. Con la tecnificación desbocada de la medicina actual hemos conseguido en ocasiones hacer la práctica médica odiosa a los pacientes. Sólo controlando adecuadamente la cada vez más compleja tecnología médica, evitando en lo posible la obstinación terapéutica, podremos conseguir que la atención médica siga siendo, en la sociedad insolidaria actual, ese reducto de comprensión al que se acude cuando la enfermedad amenaza al hombre, y haremos de la atención sanitaria algo más humano.

## BIBLIOGRAFÍA

Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Pamplona: Eunsa, 1992; 260.

González AM. En busca de la naturaleza perdida. Estudios de bioética fundamental. Pamplona: Eunsa, 2000; 176.

Pardo A. Análisis del acto moral: una propuesta.

<http://www.unav.es/bioetica/actomoralindice.html>. Enero 1997.

Iceta M. Futilidad y toma de decisiones en medicina paliativa. Córdoba: Cajasur, 1997; 306.

## NOTAS

1. También pueden ser objeto de encarnizamiento medidas de medicina preventiva; así, intentar despistar una enfermedad infrecuente, el número excesivo de pruebas en una revisión médica rutinaria, o la realización de pruebas demasiado molestas o peligrosas para el paciente – colonoscopia, angiografía– sin una sospecha proporcionada, pueden ser obstinación terapéutica.

2. En todo este trabajo empleamos los términos ética y moral como sinónimos.

3. En la duda de si un paciente es recuperable, como es lógico, resulta más coherente con el *ethos* de la profesión inclinarse a favor de la vida, e intentar las medidas necesarias para la recuperación del paciente.

4. Esto sería la eutanasia, en la acepción que dio de ella la Asociación Médica Mundial en 1987 en Madrid.

5. Como anécdota indicativa de lo que quiero decir, mencionaré el caso de una paciente afectada de un ictus, que se negó en redondo a ser ingresada en el hospital. Por su edad y su extracción social, concebía todavía el hospital como un establecimiento de caridad donde los pobres iban a mo-

rirse. Como es lógico, se estableció un sistema para su atención domiciliaria, y se recuperó satisfactoriamente. En su caso habría sido cruel e inhumano ingresarla contra su voluntad, aprovechándose de su invalidez física, basándose en meras razones de mejor tratamiento de su padecimiento orgánico: los médicos no tratamos alteraciones físicas del cuerpo, sino personas enfermas, con sus circunstancias irreductibles a lo orgánico.

6. Esto no implica, como es lógico, que la solución más correcta a algunos casos clínicos difíciles sea sencilla con el protocolo señalado anteriormente. En toda decisión clínica existen, como mencionábamos antes, zonas de indeterminación, que intentamos clarificar mediante estudios estadísticos que nos revelen indicadores pronósticos fiables para las diversas enfermedades, pero que no lograremos resolver totalmente en muchos casos.