

2

ASPECTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO.

* Ramón Córdoba Palacio.

“Curar con frecuencia; aliviar siempre; consolar aliviando no pocas veces; consolar acompañando, en todo caso. ... allá donde no puede llegar la técnica debe llegar la misericordia”.

Pedro Laín Entralgo.

RESUMEN

Se plantea la importancia de una orientación ética basada en el sumo respeto por la dignidad de la persona humana y de su existencia como valor primordial de aquélla, pese a la pretendida libertad que el cientificismo y el "tecnificismo" proclaman como indispensable y propio de las ciencias y de la técnica. Se destaca la significativa labor de los profesionales de la enfermería y su responsabilidad en la atención de los pacientes como indispensables colaboradores del médico, cuyas obligaciones éticas comparten plenamente. Se destacan los deberes del médico y de la enfermera en la atención de los enfermos en "estado crítico", evitando tanto las actitudes eutanásicas como las distanásicas y propiciando, por todos los medios a su alcance, las actitudes ortotanásicas. Se hace hincapié en la necesidad de la salvaguarda del sigilo profesional y del respeto por el verdadero consentimiento idóneo o informado.

Palabras clave: Ética, estado crítico, eutanasia, distanasia, ortotanasia, enfermería, sigilo profesional, consentimiento idóneo, unidades de cuidado intensivo.

* *Profesor Emérito de la Universidad Pontificia Bolivariana. Profesor titular de pediatría de la Universidad de Antioquia y de la Universidad Pontificia Bolivariana. Profesor de bioética y de historia de la medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. Presidente del Tribunal de Ética Médica de Antioquia. Miembro de CECOLBE.*

ABSTRACT

The important of an ethical orientation based on the utmost respect for the dignity of the human person is discussed in this article, as well as the importance of existence as a primordial value of the human person.

The work that the nursing personnel carry out is highlighted; their responsibility in the attention of patients as indispensable helpers of the physician, whose ethical obligations they share fully. Also highlighted are the obligations of the physician and nurse in the attention of critical care patients, avoiding both euthanasic and disthanasic attitudes, and promoting, by all means possible, orthothanasic attitudes. The need for the professional secret is stressed as is the need for the respect for the true informed consent.

Key words: Ethics, critical care, euthanasia, orthothanasia, disthanasia, nursing staff, professional secret, informed consent, critical care units.

INTRODUCCIÓN

Realmente, el pensamiento de Pedro Laín Entralgo⁽¹⁾, que nos sirve de epígrafe, se refiere específicamente a “la misión del buen médico”, pero debe extenderse a toda persona que en razón de su profesión u oficio intervenga en el “acto médico”. Pues la plena realización de dicho acto nunca puede ser llevada a cabo totalmente por el “buen médico” y éste tiene que delegar - ha tenido que hacerlo siempre - parte, y no pequeña, de su responsabilidad, especialmente en lo que hace relación al momento terapéutico - en cuanto a su ejecución -, al de prevención y al de rehabilitación. Tarea importante en la misión del médico es hacerles tomar conciencia a quienes reciben esa delegación - la madre, los familiares, la enfermera, etc. -, de que se constituyen, igual que él, en responsables solidarios, plenos - *in sólidum* - de la perfección de esa existencia, de su óptimo desarrollo según la circunstancia y situación en que humanamente se encuentre ésta ^(2,3,4).

ÉTICA Y ENFERMERÍA

Antes de seguir adelante, es necesario despejar el muy frecuente cuestionamiento de si la ética - hoy, mejor, la bioética⁽⁵⁾-, tiene cabida tanto en los planteamientos teóricos como en la praxis de la llamada “tecnociencia”.

Pensadores, científicos e investigadores positivistas han pretendido que para las ciencias y la técnica solamente rigen los límites propios de su capacidad de progreso, negando o desconociendo que la dignidad, la libertad y la responsabilidad de la persona humana, autora o inventora de aquéllas, están por encima de los intereses

que inspiran dichas ciencias, intereses a veces mezquinos, amenazadores de la supervivencia del género humano. Aceptar lo anterior, es colocar al hombre al servicio de sus propias creaciones y, además, permitir que surjan verdaderos tiranos -individuos, grupos o Estados-, “tecnocientífico-autócratas”, que podrán disponer del resto de las personas como si fueran conejillos de Indias; es permitir la creación de un superpoder de quienes disponen de dicha tecnociencia ya que tienen recursos “humanos” y dinero para crear la necesaria infraestructura. Es la introducción de la tiranía, no menos inhumana y cruel que otras tiranías, del “cientificismo” y del “tecnificismo” - si se me permite el vocablo -.

Todo acto humano, y las ciencias y la técnica son creaciones o resultados de actos humanos, está sujeto, aceptémoslo o no, al juicio ético, a la evaluación desde el punto de vista racional, de si contribuye o no al progreso pleno, total no parcial, de cada persona humana y de todas las personas humanas, por consiguiente, a ser juzgado desde el Bien y desde el Mal como paradigmas de valores morales universales, permanentes, que salvaguardan la dignidad y la libertad del ser humano, el primero para realizarlo y el segundo para evitarlo. Es, insistimos, una evaluación racional, antropológica, que asegura a cada hombre y a todos los hombres el respeto máximo por su persona, por su dignidad, por su libertad. Y esto adquiere un valor sumo cuando dichas acciones tienen como primer destinatario a la persona, su existencia, su integridad, como en el quehacer del médico, de la enfermera, de todo el que por razón de su profesión u oficio se considera o se constituye en “colaborador necesario” del acto médico.

VOCACIÓN DE LA ENFERMERA

Nos enseña el Diccionario de la Lengua Española⁽⁶⁾ que la palabra vocación tiene, entre otras acepciones, la de "inclinación a cualquier estado, profesión o carrera". Gregorio Marañón⁽⁷⁾, es más explícito y afirma: "La vocación genuina es algo muy parecido al amor ... una pasión que tiene las características del amor, a saber: la exclusividad en el objeto amado y el desinterés absoluto en servirlo".

En la génesis de la vocación de la enfermera, en su esencia, igual que en la del médico, encontramos la decisión *voluntaria*, consciente, de prestar ayuda en el campo de la salud a la persona que la requiera. Laín Entralgo⁽¹⁾ explica cómo surgen siempre "dos tendencias espontáneas y contrapuestas, una hacia la ayuda y otra hacia el abandono ... en el alma de quien contempla el espectáculo de la enfermedad" y cómo esa "tensión ambivalente" debe resolverse en favor de la primera, de la ayuda, para fundamentar la verdadera vocación.

Pero no basta la decisión de ayudar, de contribuir con el esfuerzo propio al bien del paciente. Esta determinación, fundada en la filantropía, en el amor al semejante, al prójimo, trae consigo, inexorablemente, la obligación ética de una adecuada y permanente preparación emocional, científica y técnica - llamada esta última, por los primitivos griegos "*philotkhenie*", amor al arte⁽³⁾ - que permita afrontar y resolver correctamente los problemas que se planteen en el acontecer de esa ayuda.

Inherente a esa obligación, y también como exigencia esencial, encontramos la de saber expresar aquel amor, la "*philia*" de los médicos hipocráticos^(1,9,10), a cada uno de

quienes se confían a ese cuidado. No basta amar al prójimo como una lejana idea, como una imagen idealizada, hay que amarlo encarnado en cada paciente y manifestarlo así, no con frases estereotipadas que a veces suenan vanas, sino con palabras llenas de contenido y respaldadas en actitudes y en hechos.

Más aún, el motivo que hace que la voluntad resuelva "en el sentido de la ayuda la tensión ambivalente" de que habla Laín Entralgo⁽¹⁾, introduce, desde ese momento, elementos axiológicos que permiten evaluar éticamente dicha decisión, ya que es la persona humana en su unidad, en su totalidad, la responsable de sus actos. La enfermería es una profesión de servicio al ser humano⁽¹¹⁾ y este servicio, sin ningún otro interés, debe ser, al menos a nivel consciente, la primordial motivación. No significa esto que no intervengan e influyan en el consentimiento de la elección otros elementos válidos como futuro económico, investigación, fama, nivel social, etc.⁽¹¹⁾, pero ninguno de ellos, ni todos juntos pueden situarse por encima del respeto sumo a la persona del enfermo, a su dignidad, a la búsqueda de su bien. Y, en cada acto de la enfermera, vuelve a presentarse la misma disyuntiva: la necesidad ineludible de optar por el mayor valor, el más importante, el servicio a la persona del paciente tomado como una unidad, como una totalidad.

Toda ética exige una "cosmovisión", es decir, un concepto claro sobre la persona humana, sobre el mundo o el "medio" en el cual ésta realiza su existencia y sobre el Absoluto, sobre el Trascendente. El primero, el concepto sobre la persona, incluye la opinión que se tenga sobre uno mismo como ser humano y, en consecuencia,

en el obrar de cada enfermera, como en la de cualquier otro profesional, se refleja la noción que ella tenga de su propia dignidad, de su libertad y de su honestidad.

EL QUEHACER DE LA ENFERMERA

No es posible, ni es la intención en este momento, hacer una descripción detallada ni somera de lo que incluye la actividad de la enfermera frente a cada paciente, tarea encomendada a los tratados de procedimientos. Pero todos esos procedimientos, sean muy complicados y especializados o sean muy sencillos, casi de simple sentido común, tienen que estar inspirados en el fundamento esencial de la vocación: el servicio a la persona humana, la búsqueda del bien de la misma, para que pueda realizar su propio proyecto de vida, de acuerdo con la circunstancia y las situaciones específicas en que se encuentre.

Ese servicio a la persona humana exige, como lo vimos antes, amor al ser humano - *philanthropía*, "amistad", amor al semejante -, y, además, una adecuada y permanente preparación científica y técnica - *philotekhníe*, "amor al arte" -. Ni la primera, la filantropía, por separado, ni la segunda, aislada, bastan para cumplir correctamente y con sentido humano la misión de la enfermera. Y la unión de ambas requiere de "habilidades", variables según el progreso técnico y científico y según el campo específico al cual se dedique la enfermera o, a veces, de acuerdo con el estado del paciente, y de un *ethos*, de una manera de afrontar los retos del ejercicio de la profesión, y de un "carácter" profesional que constituyen la personalidad profesional, las

virtudes que implican el ejercicio justo, ético, de la enfermería. Detengámonos un poco en éstas sin que el orden al enumerarlas implique prioridades.

La comprensión, la capacidad de ponerse en lugar del otro que padece, que dada su situación orgánica y psicológica siente amenazada su vida o su integridad, aunque para quien tiene conocimientos no sea realmente algo catastrófico, es una cualidad indispensable en todo el que se acerque al enfermo con ánimo sincero de ayudarlo. En esa comprensión se encuentran la paciencia y la serenidad suficientes, aun en casos de extrema tensión cuando son puestas a prueba en niveles altísimos paciencia y serenidad, que infunden en el paciente algún grado de tranquilidad y confianza ante su propia angustia.

"El cuidado y actividad en ejecutar"⁽²⁾ las tareas propias de su profesión, oportuna y correctamente, el celo o diligencia⁽¹²⁾ en el desempeño de sus deberes, es una de las virtudes o cualidades primordiales en el quehacer de la enfermera, como lo es en el médico y en el de cualquiera de las personas que participan en el acto médico como colaboradores necesarios. La carencia de esta cualidad lleva, o puede llevar, a infortunados resultados de los cuales es totalmente responsable, ética y legalmente, el colaborador no diligente, el descuidado.

Es casi imposible imaginar que una persona que por vocación eligió realizar su propia existencia sirviendo directamente a los seres humanos, no sea, a su vez estructuralmente "persona de bien", es decir, que no haya optado como finalidad de su vida hacer el bien, dignificar toda vida y especialmente la vida humana. Y no podemos sustituir esta determinación fundamental de

hacer el bien con la simple cortesía; la bondad es mucho más que ésta pero, obviamente, no se oponen y deben acompañarse mutuamente. El "bien" no puede confundirse con el "bienestar" del paciente y en algunas oportunidades se contraponen, debiendo primar el "bien". Pero, cuando no haya este enfrentamiento y sin causar mengua al bien, puedan realizarse simultáneamente, el bienestar no debe por ningún motivo dejarse de lado. Multitud de "pequeños detalles" - comodidad en el lecho, en la habitación, explicación de los procedimientos, oportuna atención a necesidades fisiológicas, etc. - humanizan la atención y acrecientan el "bien" del paciente. La bondad, entendida así, incluye conceptos similares pero que vale la pena recordar: magnanimidad, mansedumbre, cariño, lo que no puede confundirse nunca con falta de diligencia y de firmeza en el cumplimiento de los deberes para con el paciente, pero sin rudeza, porque ésta siempre hace daño.

La prudencia es para muchos pensadores la virtud o cualidad más importante en las actividades humanas. Exige "discernir y distinguir lo que es bueno o malo⁽¹²⁾" - mejor, el bien y el mal -, "para seguirlo o huir de ello"⁽¹²⁾, requiere cautela, sensatez y buen juicio⁽¹²⁾: es la verdadera sabiduría y orienta con justeza el cumplimiento del deber. Es la prudencia la que inspira lo que debe comunicarse al paciente, el cuándo y el cómo hacerlo, sin engaños ni falsas esperanzas, pero sin causarle daño; es la que señala las observaciones honestas-sin falsas alarmas pero sin peligrosas ocultaciones, disimulos o excusas-que deben suministrarse al médico, respetando la autonomía de cada profesional pero recordando que ambos tienen como meta suma el bien del

paciente; es la que sugiere el qué, el cómo y el cuándo debe comunicarse a la familia sin crear ilusiones, pero sin destruir ni las esperanzas ni la confianza en las personas o en la institución que atienden honestamente al paciente.

LA ENFERMERA Y EL "SIGILO PROFESIONAL MÉDICO"

Uno de los pilares fundamentales del ejercicio de la medicina y de las profesiones afines es la confianza que el paciente deposita en el médico primordialmente, y luego en todos los que se comprometen en su ayuda, en su atención en el área de la salud. Sin esa confianza ninguna ayuda es posible en esta área, con ninguna de las modalidades que la humanidad ha inventado para cumplir con esta indispensable colaboración al semejante, a saber: la natural o espontánea, la empírica, la mágico-religiosa y la científica o técnica. Gracias a esa confianza que se fundamenta, entre otros elementos, en la seguridad de que cuanto él confíe como enfermo a su "sanador", llámese doctor, chamán, piaché, jaibaná, etc., éste no lo revelará a quien no tiene por qué conocerlo y que sólo lo utilizará para bien del paciente^(12,14), éste descubre su intimidad, su biografía y la de otras personas que tengan que ver con su salud, y hace así posible el quehacer del médico, de la enfermera y de las profesiones afines, como lo afirmamos antes.

Pero, ¿acaso no es cosa del pasado el guardar secreto sobre las enfermedades? ¿No es un resto cultural de cuando el conocimiento médico se refugió en los monasterios? No, por cierto. El voto, bajo jura-

mento, de guardar el sigilo profesional médico aparece como una autoimposición de los asclepiadas griegos en el llamado Juramento Hipocrático⁽¹⁵⁾ (S.V a. C.), inspirado en el respeto al "otro" en quien veían una prolongación de la "*divina physis*", y no hace alusión a la enfermedad sino a la persona humana: "Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniendo por secreto"⁽¹⁵⁾, afirma dicho documento.

Otro argumento en contra del deber de guardar el sigilo profesional es el dicho popular de que "lo que conocen más de dos no es secreto". También carece de validez esta objeción pues el substrato de la obligación de callar no está en el número de los que conozcan lo confiado sino en la confidencia misma y el compromiso, expreso o tácito, de no revelarlo, inherente al ejercicio de la profesión u oficio que se desempeñe. Es el denominado *secreto confiado* o "*fidei comisso*", el más exigente de todos los secretos ya que la confidencia se efectúa con la seguridad de que quien la recibe está ligado por promesa o acuerdo implícito o explícito anterior a la revelación de no divulgar lo confiado^(13,16,17). Además, generalmente, está unido a situaciones cobijadas por el *secreto natural*.

En el momento actual, en la ejecución total del acto médico intervienen frecuentemente varias personas con diferentes niveles de participación, pero todas con el ineludible deber de guardar estrictamente el "sigilo médico", así su profesión u oficio no sea de médico - no olvidemos que esta obligación se extiende a los estudiantes de las diferentes carreras que conozcan dicho

secreto -. Pero en la práctica son estos, el médico y la enfermera, quienes más directamente escuchan o perciben en su actuar la intimidad del paciente, sea por confesión directa o por deducción lógica de su estado. Son ellos, sin lugar a dudas, los primeros responsables de la salvaguardia de esa intimidad, de esa confidencia que queda consignada en la historia clínica y en los documentos que en una u otra forma constituyen dicha historia.

Y la salvaguardia de esa intimidad, el deber de guardar el secreto médico, no es un capricho o determinación exclusivamente legal, sino que hunde sus raíces en el respeto a la dignidad y a la libertad de la persona que lo confía. La intimidad de cada persona es un patrimonio suyo, una característica estructural que le permite ser "yo", "yo soy mí mismo"^(10,13,16,18,19,20) y nadie puede honestamente entrar a saco en ella ni revelarla como algo baladí, porque atropella, repetimos, la dignidad y la libertad de aquélla, introduce un elemento perturbador en las relaciones de la comunidad y crea una creciente desconfianza en unas profesiones necesarias en el adecuado funcionamiento de la comunidad.

Realmente la enfermera, y con ella quienes atienden permanentemente al enfermo, son depositarias de detalles que éste revela por la confianza que se establece, o que conocen por percepción directa durante las acciones que conforman su diaria tarea. También éstos hacen parte, en mi concepto, del "sigilo médico" y la revelación de los mismos puede hacer tanto o más daño que divulgar los datos puramente patológicos, que tampoco deben revelarse.

La obligación de guardar el secreto médico, la intimidad del paciente, se viola, como

bien lo enseña Espinosa de los Reyes⁽¹⁷⁾, de diversas maneras, entre las que destaca: por averiguación indiscreta, por revelación directa, por revelación indirecta, y todas ellas constituyen conductas no éticas. Sin embargo, y a pesar de la importante necesidad de guardar este sigilo con verdadero celo, hay situaciones en las que se aligera dicha obligación y el secreto debe revelarse^(13,16,17), causando al paciente el menor daño y la mínima molestia posible: el bien común, cuando es verdaderamente bien común; para evitar un mal grave e irreparable, real, a terceras personas inocentes, causa no aceptada por todos los tratadistas^(21,22); el bien del mismo paciente, como en el caso de los niños, ancianos, enfermos mentales, etc.; un peligro verdaderamente serio y cierto para el profesional, por su fidelidad al deber de guardarlo, y “no evitable por otros medios”⁽¹⁶⁾; el consentimiento informado, explícito del paciente; los ordenamientos legales legítimamente instituidos.

LA ENFERMERA Y EL CONSENTIMIENTO IDÓNEO O INFORMADO

El derecho del enfermo a participar en la toma de decisiones sobre su salud se ha impuesto ampliamente en el ejercicio de la medicina y, aunque es el médico o los médicos tratantes los responsables directos de llenar este requisito ético y legal, la enfermera en la ejecución de sus tareas, al poner en práctica procedimientos que resultan para quien los soporta más lesivos -dolorosos, incómodos, “humillantes”, etc.- de lo que pensó o imaginó en el mo-

mento de recibir la información y de dar su asentimiento, debe completar o reiniciar totalmente ese requisito. El respeto al consentimiento idóneo o informado es expresión de la deferencia y de la aceptación de la dignidad del “otro” como persona libre y responsable de su propio proyecto de vida, en el cual médico y enfermera somos copartícipes *in sólido*, pero nunca podemos reemplazarlo ni desconocer su “yo soy mío”, su autonomía como persona.

Pero el “consentimiento idóneo” o “consentimiento informado”, para que verdaderamente lo sea y merezca la obligación de ser tenido en cuenta, exige algunas condiciones que el médico y la enfermera deben evaluar y que podemos sintetizar así: adecuada información al enfermo sobre su estado de salud, sobre las soluciones posibles en su caso particular y los riesgos que pueden presentarse en una u otra elección; comprensión de la información por parte del enfermo, de manera que lo haga idóneo para resolver en favor o en contra de una u otra opción; capacidad de decisión libre, es decir, sin presiones internas ni externas, y que la decisión se compagine con la personalidad total de éste⁽²³⁾. Por cierto que estos requisitos no son fáciles de llenar ni de valorar; para mejor lograrlo son indispensables: claridad de conceptos, lenguaje comprensible al alcance del enfermo, procurar convencer y nunca imponer, un sumo respeto ético por la dignidad y la libertad del paciente, sin abandonarlo y sin privarlo de su juicio crítico, contribuyendo siempre, con una honestidad a toda prueba, para que su determinación sea de verdad un acto libre^(24,25).

LA ENFERMERA Y LOS ASPECTOS ESPIRITUALES

Toda ética verdadera obliga a aceptar al ser humano, a la persona humana, como a una unidad estructural e inseparable de cuerpo y espíritu, como un cuerpo animado o un espíritu encarnado. En consecuencia, es una obligación ineludible contemplar los aspectos trascendentes, no sólo como confesión de una fe determinada sino, básicamente, como elemento esencial del hombre, como "religación" en el sentido de Zubiri^(26,27), es decir, como fenómeno que nos sitúa "ante la "fundamentalidad", como la búsqueda inexorable de una "realidad absolutamente absoluta" que fundamente su propia realidad.

Así, en la atención del enfermo, y con mayor razón si su situación biológica es crítica, no se puede dejar de lado el hacer posible, por todos los medios, que él pueda satisfacer los requerimientos de su propio sentido de religación, de su conciencia frente a la religión que haya escogido o profesado, sin pretender trazar restricciones de acuerdo con la concepción personal de la enfermera o del médico, o de la institución donde haya sido acogido. El respeto sumo, la veneración por el "otro" como semejante, como persona humana, obliga a hacer caso omiso de las creencias propias y a colmar las necesidades del enfermo; no es el momento de recriminaciones ni de predicaciones y sólo el testimonio de la propia conducta debe ser la expresión clara, evidente, de la fe o de la religión personal. Y es la enfermera, por su más prolongado y cercano contacto, por su directa vivencia de situaciones existenciales del enfermo, quien en la práctica debe estar atenta a estas necesidades, sin que esto excuse

de cumplirlas a todos aquellos que participan en la atención del paciente.

ÉTICA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pensar hoy en día en el paciente que denominamos "en estado crítico", es pensar en la atención médica que se presta en las Unidades de Cuidados Intensivos. Allí se sucede, en un alto porcentaje, el drama de aquellos enfermos cuya situación biológica requiere de atención específica, diligente, oportuna, con ayuda de equipos apropiados y que en cuestión de corto tiempo, a veces muy corto, termina, o puede terminar, en humana tragedia o en recuperación total o parcial de la prueba a que fue sometida su existencia.

Son muchos los éxitos que esa atención altamente tecnológica tienen en su haber y no soy quién para hacer un análisis en este sentido. Pero desde el punto de vista ético, no podemos ignorar los médicos ni las enfermeras ni otras personas que allí laboren, que la sola indicación de trasladar al paciente a dichas unidades crea en él, con mucha frecuencia, un cúmulo de encontrados sentimientos de angustia y de esperanza, a los cuales debemos atender como parte esencial de nuestra vocación de servicio a la persona humana. Y fácil es que, en medio de tantos equipos valiosos para el adecuado control de la situación patológica, pensemos más en aquéllos o en ésta que en quien tiene que soportar una y otros.

Un cúmulo similar de preocupaciones y de ilusiones se apodera de los familiares que, además, se ven restringidos en la posibili-

dad y en el anhelo de estar cerca del ser querido. El enfermo se encuentra recluido con su dolor, rodeado de necesarios equipos pero aislado del afecto, de la compañía de quienes compartían más íntimamente su existencia y, éstos, tienen que ceñirse a unos cuantos minutos de visita, a mirar de lejos un espectáculo casi siempre dantesco para quienes no se han habituado a contemplar con ojos profesionales la enfermedad.

Las exigencias éticas en dichas Unidades no son diferentes a las que deben guiar el quehacer profesional en toda ocasión de ayuda al enfermo, pero es necesario afinar el sentido humano para que el ambiente tecnológico no haga sentir al paciente que está abandonado, que son las "máquinas" las que cuidan de él y que al personal que debe asistirlo le importan más los equipos que su propia existencia; para que sus deudos no se sientan extraños - cuasi estorbos -, cuando ejercen el derecho de saber sobre el estado de salud del ser querido y de expresarle su solidaridad; para mantener presente que muchas de esas ayudas permiten comodidad para quienes tratan y vigilan la enfermedad pero que, al mismo tiempo, acarrear molestias, a veces penosas incomodidades, para quien tiene que someterse a los dictados de la técnica. Ciertamente, desde la bioética la búsqueda del "bien" del paciente prima sobre la de su "bienestar", pero esto no nos autoriza a descuidar su comodidad, a no aminorar por todos los medios sus molestias espirituales y materiales. También en las Unidades de Cuidados Intensivos tiene que imperar la expresión de la *phylía* médica, la expresión del

amor a cada paciente, lo que no se opone a su correcta atención sino que es un elemento esencial de ésta.

Ante las posibilidades de éxito que ofrecen los sofisticados equipos, tanto el médico como la enfermera pueden olvidar que la vida humana tiene un fin biológico inexorable y, en consecuencia, pueden caer en el llamado "encarnizamiento clínico" o distanasia, prolongando inadecuadamente y sin razón la agonía que debiera terminar naturalmente. O, al revés, cuando se dan cuenta de que la técnica no ofrece posibilidad de triunfo, pueden considerar erróneamente que esa vida es "inútil" y que deben restringir su acontecer aplicando medidas eutanásicas, ignorando que todo tipo de eutanasia, incluyendo la denominada "pasiva" - que es activa por omisión - es un atentado contra la dignidad y la libertad humanas. Sólo es aceptada éticamente la ortotanasia o derecho a morir con dignidad, es decir: el no instaurar u omitir un tratamiento "*no debido, no necesario y sin sentido*"⁽²⁸⁾, pero nunca omitir o suspender un tratamiento "*debido, necesario y con sentido*"⁽²⁸⁾. Debemos tener siempre presente que la obligación ética del médico y de la enfermera, como de todo el personal que atiende a estos enfermos, es ayudarles "*a vivir mientras se muere*", dignificar su vida, lo que es totalmente diferente de "*ayudar a morir*" o de matar⁽²⁸⁾, es la diferencia entre "permitir morir de un modo natural -allowing to die- y matar o hacer morir -*killing*-", como lo enseña Masiá⁽²⁸⁾. Matar por piedad también es matar, es un homicidio. ■

REFERENCIAS

1. Laín E., P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Madrid. Revista de Occidente. 1964
2. Córdoba P., R. El médico frente a la vida y frente a la muerte. Anales de la Academia de Medicina de Medellín. Época V. 2: 66-72; 1989
3. Córdoba P.R. Los fundamentos de la relación médico paciente. Anales de la Academia de Medellín. Época V. 2: 133-144; 1989
4. Córdoba P.R. El ser y el quehacer del médico. Anales de la Academia de Medicina de Medellín. Época V. 8: 107-118; 1995
5. Durand, G. La Bioética, naturaleza, principios, opciones. Bilbao. Desclée de Brouwer. 1992
6. Real Academia de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima primera edición. Tomo II. Madrid. Espasa-Calpe. 1.992
7. Marañón, G. Vocación y ética y otros ensayos. Sexta edición. Madrid. Espasa-Calpe. 1976 p. 18.
8. López F, J. A. Preceptos. En: García G., C.; Lara N., M. D.; López F, J. A.; Cabellos A., B. Tratados Hipocráticos. Tomo I. Madrid. Gredos. 1.983 p. 312 y 313.
9. Laín E., P. El médico y el enfermo. Madrid Guadarrama. 1969
10. Laín, E. P. Antropología médica para clínicos. Barcelona. Salvat. 1984
11. Leddy, S. y Pepper, J. M. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Primera edición en español. Filadelfia. U.S.A. Organización Panamericana de la Salud. 1989
12. Real Academia de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima primera edición. Tomo I. Madrid. Espasa-Calpe. 1992
13. Córdoba P., R. El secreto profesional médico. Medicina U.P.B. 9: 13-27; 1990
14. Córdoba, P.R. El sigilo médico: Consideraciones éticas. Responsabilidad por transmisión de enfermedades. Memorias del segundo encuentro sobre responsabilidad. Junio 7 y 8 de 1995. Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del Estado. Medellín. Librería Jurídica Sánchez R. Ltda. p.p. 41-65.
15. Lara M., M.D. Juramento (Hórkos). En: García G., C.; Lara M., M. D.; López F, J. A. I Cabellos A., B. Tratados hipocráticos. Tomo I. Madrid. Gredos. 1983 p.p. 63-83.
16. Taliercio, G. Secreto. En: Rossi, L. I. y Valsecchi, A. Diccionario Enciclopédico de Teología Moral. Cuarta edición. España. Paulinas. 1980 p.p. 984-991.
17. Espinosa de los Reyes, V. M. El secreto profesional. Medicina y Ética. 5: 301-314; 1994
18. Vidal, M. Moral de actitudes. Moral de la persona. Tomo II. Primera parte. Bioética teológica. Octava edición. Madrid. P.S. 1.991
19. Ashley, B. M. and O'Rourke, K. D. Health Care Ethics. A Theological Analysis. Second Edition. St. Louis. The Catholic Health Association of United States. 1982
20. Vélez C., L. A. Ética médica. Interrogantes sobre la medicina, la vida y la muerte. Medellín. Prensa Creativa. 1988
21. Arcusa, E. Responsabilidad médica. Segunda edición. Bogotá. Paulinas. 1968
22. Häring, B. Moral y medicina. Ética médica y sus problemas actuales. Tercera edición. Madrid. P.S. 1977
23. Pellegrino, E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Bol. Of. Sanit. Panam. 108: 379-390; 1990
24. Sánchez G., M. A. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. Bioética. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. O. P. S. O.M.S. Abril de 1996 p.p. 79-92.

25. Fiori, A. Problemas actuales del consentimiento informado. *Medicina y Ética*. 6: 195-211; 1995
26. Zubiri, X. Siete ensayos de Antropología Filosófica. Bogotá. Universidad Santo Tomás. 1982. p.p.83 y 84.
27. Zubiri, X. Sobre el hombre. Madrid. Alianza Editorial. 1986
28. Masiá, J. ¿Eutanasia o buena muerte? Cuestiones éticas más allá y más acá de la muerte. En Gafo, J. Editor. La eutanasia y el arte de morir. Madrid, U.P.C.M. 1990. p.p. 125-145.