

## ÉTICA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER

**Dr. Fermín García Marcos**

*Profesor de Bioética Universidad del Salvador*

Adoptar decisiones médicas en pacientes oncológicos, máxime si presentan condiciones críticas, plantea indisolublemente problemas clínicos y éticos. Obviamente no existe acto médico de ninguna clase y en cualquier especialidad, sin componente ético; pero "los dilemas éticos que surgen en la atención de cualquier paciente, se intensifican con el diagnóstico de cáncer" (1). La consulta y la vinculación con el cirujano, aun el aquellos que por razones histopatológicas o estadio tendrán buen pronóstico, requiere una actitud médica que transmita confianza y esperanza. La presencia de éstos problemas en la toma de decisiones "no deben sorprender en una enfermedad cuyo diagnóstico produce temor, cuyos tratamientos son a menudo discapacitantes; cuyos resultados, hasta obtener remisiones o curas satisfactorias son lentos." (2)

Los métodos diagnósticos invasivos, la cirugía, las indicaciones de radio o quimioterapia, las recidivas, las reintervenciones, requieren una vinculación muy fluida y confiada. El enfermo con cáncer, máxime si tiene una evolución desfavorable, vive angustiado su deterioro físico y psíquico.

Ante éste derrumbe su reacción puede ser la agresividad, la rebelión, el resentimiento o el temor, la depresión, la negación o la aceptación templada de su realidad (3). Todos éstos aspectos, sumados a los síntomas

visibles de la enfermedad, y particularmente el dolor, constituyen situaciones críticas en la relación con el médico, en que también repercuten.

La fractura de la biografía, los proyectos de vida, la imposibilidad de trabajo, la decadencia física, el sufrimiento, son aspectos existenciales profundos para el hombre. Ante estas realidades, siempre estará presente en la decisión terapéutica en cada momento de la evolución, ponderar la calidad de vida y calidad de muerte.

En el tratamiento quirúrgico de enfermos oncológicos es muy importante la personalidad del médico. En su vinculación con el enfermo, el médico debe mostrar una actitud madura, segura, firme, a la vez afectuosa y cálida, que inspira confianza de por sí, y por la solidez de sus conocimientos actualizados. "La ética es una parte integral del manejo completo del enfermo con cáncer", dice Conley (4), y continúa "Ella tiene que ver con el carácter del médico, su formación, su entrenamiento su sensibilidad para apreciar lo que es correcto en el manejo de los problemas potencialmente fatales". Carácter, formación, entrenamiento, sensibilidad.

Estas cuatro palabras del gran cirujano citado fijan las coordenadas del tema. La formación y el entrenamiento son esenciales para adoptar decisiones correctas, a lo cual debe sumarse la actualización del estado de conocimiento. La sensibilidad es fundamental para la fraterna vinculación, y una afectuosa comunicación.

El médico está siempre urgido a tomar decisiones. El cirujano con mayor dramatismo y responsabilidad, por la agresión que implica sobre el cuerpo del paciente, la inme-

diatez con que es necesario actuar, las complicaciones.

Para ser responsables, requieren sólido fundamento clínico, capacidad de discernimiento, experiencia, aptitudes, capacidad técnica, actuar con prudencia, tener claras las alterativas que pueden seguir a acción, ponderar la posibilidad de error, procurar el bien del enfermo, no hacer daño. Estos enunciados precedentes sintetizan las pautas éticas de su tarea profesional.

La identificación de los datos clínicos y criterios terapéuticos, deben ser simultáneas y formar parte del hábito médico, con la identificación de los aspectos éticos de cada situación particular, que tendrán en cuenta la ponderación de los valores y la dignidad intrínsecas al enfermo. Son metodologías internalizadas en el acto médico que deben ser difundidas, enseñadas a los alumnos y a los médicos, hasta hacerlas formar parte de sus hábitos (5-6)

El cirujano debe ante todo conocer, saber que es lo que se hace y como se hace. Su experiencia y actualización son indispensables para cumplir con sus fines, que es el bien del enfermo a quien cuida (principio de beneficencia de la moderna bioética)(7-8). Deberá ponderar la causa y el efecto de sus actos, la posibilidad de que aparezcan efectos no deseados, complicaciones azarosas, accidentes que deriven de la ignorancia o la imperancia. La libertad de decisión, junto con la voluntad de hacer, es parte de una decisión ética, que entraña capacidad de elección y acción responsable, no condicionada por factores externos (administrativos, institucionales, sociales, económicos, familiares), ni internos (soberbia, autosuficiencia,

audacia irresponsable, miedo, pusilanimidad, empecinamiento, ignorancia, lucro, negligencia, psicopatías). Su acción debe ser guiada por la prudencia, virtud soberana asentada en la madurez como persona, condiciones naturales, experiencia, ecuanimidad en el juicio, conocimiento de las propias limitaciones, humildad en la búsqueda de asesoramiento e interconsulta. Deberá abstenerse de lo imposible, teniendo como meta no hacer daño, "Primum non nocere" de la ética clásica y principio de no maleficencia de la Bioética (9-10-11).

El médico debe reunir virtudes técnicas, que hacen a la medicina como ciencia; y morales que hacen a su persona integral. Para Conley, en el trabajo citado, la gran cuestión ética es "la competencia del cirujano", ella es reconocida y "medida por su entrenamiento, grados, certificados de especialización y experiencia", agrega la importancia de los "factores de entrenamiento, habilidad, carácter, juicio correcto, decisión, y liderazgo." (12);

Esto se suma a la actitud de servicio hacia el hombre enfermo, su prudencia, la fortaleza ante la adversidad y los resultados no deseados de su actuación terapéutica, la templanza ante los conflictos y sufrimiento surgidos de su interrelación con los enfermos, sus familiares y los colegas; justicia para apreciar con juicio recto actitudes y acciones desleales o incorrectas que puedan aparecer, por parte de los pacientes, la familia, los colegas, etc.

Estas reflexiones sobre las cualidades del médico son una necesaria y resumida introducción al tema que nos ocupa. Procuran retratar al buen médico con virtudes técnicas

y morales, maduro y con una formación humana integral (13-14-15).

La palabra ética significa costumbre o modo habitual de obrar. La traducción latina es "moral", con igual significado. La ética implica acción humana, libre, voluntaria y responsable, cuyo objetivo es el bien. Para algunos, dicho bien es relativo en función de las costumbres, modas, ambientes, etc. Para otros es un imperativo impuesto por la propia decisión de cada hombre; para otras corrientes de pensamiento es un bien intrínseco y absoluto hacia el cual está encaminados el obrar humano (16-17). Por otra parte, ética también significa carácter, es decir un modo de ser peculiar de una persona basándose en sus cualidades morales; lo cual, por su condición natural, firmeza, energía lo diferencia de otras.

Esta interpretación de la personalidad moral que manifiesta un carácter, es básica para nuestro objetivo. El carácter virtuoso, en su doble vertiente, técnica y moral del médico, es el que inspira confianza en el paciente (18).

"La confianza es el aglutinante de la estructura sanitaria" (19). La acción ética es expresión del carácter, síntesis entre el correcto saber clínico, el hacer quirúrgico y el obrar ético, factores concurrentes e indisolubles de un razonamiento médico internalizado en el ámbito profesional.

"Existe una ética médica natural fundada sobre el juicio recto y sobre el sentimiento de la responsabilidad de los médicos." (20)

## **RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. CONSENTIMIENTO INFORMADO. AUTONOMÍA.**

El primer paso de una buena relación, que es el primer componente ético y clínico de una consulta, es la comunicación con el lenguaje adecuado que despierte confianza.

Esta comunicación permitirá recomendar las orientaciones diagnósticas y terapéuticas apropiadas. Es un diálogo que requiere carácter por parte del cirujano, como henos expresado; afecto, firmeza, tranquilidad, posibilidad de hacer preguntas, confidencialidad y tiempo; aspecto éste que muchas veces no es fácil lograr en la práctica hospitalaria. La información explicada y reiterada asegura la comprensión, constituye el meollo de una correcta relación entre ambos interlocutores y la posterior vinculación. Es la primera etapa para lograr confianza y evitar suspicacias o conflictos.

El enfermo concurre a la consulta porque procura ayuda, busca una orientación y una solución. Su condición es en cierta medida pasiva frente a la decisión médica. Concurren en la búsqueda de una respuesta, que el cirujano no sabe dar. Sobre este tema existen diferentes enfoques y reflexiones teóricas: modelo de la relación activo-pasivo, de cooperación guía, de participación (21-22); criterios de actuación médica de acuerdo a tradiciones, costumbres o culturas: neohipocrático, contractual, asociacional, de alianza (23); pero siempre habrá una relación asimétrica entre quien busca ayuda y soluciones y quien da respuestas. Para la bioética teórica contemporánea, particularmente del ámbito norteamericano, con incidencia en la cultura médica general a través de revistas médicas,

y también en algunas interpretaciones jurídicas, el gran dilema gira en torno a la autonomía de decisiones del paciente y el paternalismo benefactor, a veces autoritario, del médico (24-25). Es un largo debate teórico, jurídico, filosófico, en el cual no entraremos. Lo rescatable es el aspecto ético de respeto a la dignidad del paciente como persona, expresada en su autodeterminación, correctamente informado, para adoptar su decisión de aceptar o no la orientación propuesta por el médico.

Es necesario dejar establecido que la información es al paciente, y la decisión es de éste, siempre y cuando sea una persona lúcida y en sus cabales. El familiar se entera si está acompañando al enfermo, o si éste quiere que se le comunique. Esta es la conducta con excepciones de acuerdo a las circunstancias. Por otra parte, existe una arraigada costumbre familiar de pretender que el paciente no conozca el diagnóstico; y también una inveterada tradición médica de ocultarlo, o de informar previamente a la familia. Muchas veces se suele confundir misericordia y piedad hacia el enfermo, con mentira, o al menos omisión de la verdad. Quien decide la aceptación de una intervención y debe conocer su evolución, alternativas y consecuencias en el paciente, "la voluntad del paciente como norma" (26); si bien la familia podrá tener acceso a detalles más finos y sensibles. No puede haber cirugía de ningún tipo sin información inteligible y consentimiento del interesado. Es cierto que en dicho consentimiento o no, habrá aspectos racionales, y otras veces actitudes irracionales, para eso deberá asegurarse la comprensión; la variable irracional escapa a las posibilidades

de convencimiento que el médico pueda ejercer procurando lo mejor para el paciente. "El médico no tiene sobre el paciente sino el poder de y los derechos que éste le dé, sea explícita, sea implícita o tácitamente. El paciente, por su parte, no puede conferir más derechos de los que el mismo posee. El punto decisivo, en este debate, es la licitud moral del derecho que el paciente tiene a disponer de sí mismo, de su cuerpo, de su espíritu"... "El posee el derecho de uso, limitado por la finalidad natural de las facultades y de las fuerzas de la naturaleza humana. Porque es usufructuario y no propietario, no tiene un poder ilimitado para disponer actos de destrucción o de mutilación de carácter anatómico o funcional" (28); debe atenerse a un orden de valores, a una ética.

Dice Pellegrino que "En los últimos 25 años, la autonomía ha desplazado a la beneficencia como primer principio de la ética médica. Esta es la reorientación más radical ocurrida en la larga historia de la tradición hipocrática" (29). Es un tema muy enraizado en la concepción anglosajona de los derechos individuales, pero que si bien no se pone en evidencia con igual forma en nuestro ambiente cultural, no puede soslayarse.

Tiene que ver con una correcta relación con el paciente, y sobre todo, con el respeto a la dignidad personal, a su intimidad, a su individualidad. La autodeterminación de decisión ante una correcta información, en caso de brindar el consentimiento, ya sea por escrito, o implícito o tácito; preserva por otra parte de conflictos que pueden desembocar en aspectos médico legales de mala praxis.

El mismo autor citado dice que la hipertrofia del concepto de autonomía "tiende al

minimalismo moral, es decir, al cumplimiento específico de lo específicamente prescrito. Las pruebas documentales y la preocupación contra los pleitos se convierten en preocupación obsesiva, más que en cualidad moral del proceso de consentimiento". Es importante transcribir otra frase del profesor de Medicina y Director de Estudios de Ética Clínica de la Universidad de Georgetown, que dice: "El derecho moral del paciente al respeto de su integridad y autonomía, no es absoluto. Cuando ese derecho entra en conflicto con la integridad de otras personas", el caso de los familiares cercanos, por ej.; y agrega que "el paciente no puede violar la integridad del médico como persona", es decir, el médico tiene también sus derechos, máxime cuando su objetivo es procurar el bien del enfermo. Pensemos por ej. en el tema del secreto profesional frente al enfermo con SIDA, que no lo comunica a su esposa, el caso de ese derecho a la confidencialidad puede dañar irremisiblemente a otro, lo cual es muy grave. Tampoco el secreto es un derecho absoluto. Otro ejemplo sería la eutanasia como derecho pedido por un paciente, frente a la obligación de defender la vida y de no matar del médico; o el tema del suicidio asistido, que constituyen expresiones máximas de afirmación de una decisión autónoma del paciente.

En un consentimiento informado de tratamiento quirúrgico de alta complejidad, con secuelas invalidantes o mutilantes, en un paciente oncológico ¿puede hablarse que hubo autoritarismo paternalista del cirujano?, o ¿que éste ejerció coerción al plantear las alternativas del curso normal de la enfermedad sin tratamiento?, o ¿sería mejor

hablar que hubo correcta información, presentación veraz de la realidad, seducción por el carácter y el prestigio del médico, o del grupo o centro asistencial al cual concurrió voluntariamente el paciente? La relación que se establece entre el médico y el enfermo, ¿es un mero contrato?; o ¿es una alianza de coparticipación, un acuerdo asentado en la buena fe de ambos y en objetivo de hacer el bien al paciente? ¿puede inferirse una actitud manipuladora del cirujano?. Son problemas para la reflexión ética con mucha fuerza en otros medios culturales, pero también vigentes en el nuestro. Excluimos las situaciones quirúrgicas de emergencia, donde las alternativas del cirujano son más amplias ante el tema del consentimiento. "Las peticiones informales de cuidados paternalistas son moneda corriente en la sanidad" (30), son muchas las ocasiones en las que no se debe rechazar el paternalismo". Engelhardt distingue entre un "paternalismo fuerte, donde el médico hace caso omiso de lo que opina el paciente, y un "paternalismo débil", que siempre se basa en la buena fe, donde es el paciente quien deposita su fe en el médico. Sería un paternalismo fiduciario, explícito ("Decida Ud. lo que crea conveniente"), o implícito, que se manifiesta como la forma "prudente y razonable" de elegir ante la indicación médica informada, explicada y sugerida.

## LA VERDAD CON EL ENFERMO

La verdad se convierte en problema ético cuando hay que dar las malas noticias, diagnóstico o pronóstico. Otras veces lo es porque el médico no sabe cómo actuar, como

comunicarse. El conocimiento de la verdad es un derecho del enfermo (31).

Respecto a como decir la verdad, dependerá del estilo y carácter de cada uno. Para todos estos temas éticos pueden haber pautas normativas, reglas generales, pero no recetas individuales. Cada situación es singular y diferente. Expresa el viejo aforismo de que "no existen enfermedades sino enfermos".

Hubo y subsisten, conceptos equivocados. Grandes médicos se hicieron eco de la obligación de ocultar o mentir respecto a las enfermedades de evolución infausta (32). Lo cierto es que, teniendo en cuenta circunstancias personales, psicológicas, sociales y culturales, existe la obligación moral de decir la verdad, si bien no implica que sea necesario decir la siempre en su totalidad. Puede lícitamente ocultarse algún aspecto por piedad. Una cosa es callar, otra es engañar o mentir. La esencia de la relación médico. Paciente es la confianza; y para que el enfermo siempre espere de su médico la atención que desea éste no debe engañar. Por eso se habla de la verdad apropiada, para el enfermo adecuado y en el momento oportuno. No siempre se ha de decir crudamente toda la verdad. Es importante darse cuenta de cuanto es lo que está dispuesto a escuchar el interlocutor. El médico debe dar la información querida por el enfermo; pues hay algunos que no quieren o no soportan la verdad. La gradualidad de la comunicación es importante; y, en oncología, es el propio paciente quien descubre o intuye la realidad. "La experiencia indica que en la mayor parte de los casos, la comunicación de la verdad resulta beneficiosa ... si ha sabido decirse correctamente" (33). La ver-

dad, repetimos, es singular para cada paciente individual, teniendo en cuenta su estilo, su cultura, su tradición, su origen ético, su vida espiritual y religiosa. "La matización personal en la adecuación de la información a suministrar a cada persona enferma, de acuerdo con sus propias características, es uno de los aspectos en los que la medicina demuestra ser un arte" (34). La comunicación de la verdad "tiene las características de una droga, a saber: indicaciones, posología, contraindicaciones, efectos deseados, efectos colaterales indeseados, formas de presentación y suministro" (35). Es esencial evitar una información fría, distante y cruel; y por otra parte, no dejar cerrada la posibilidad, más coloquial que científica de la esperanza.

Muchos enfermos revelan en su consulta la queja ante la falta de información, explicación y conversación que han tenido otros colegas que los atendieron precedentemente. EL enfermo oncológico está siempre esperando. Espera comunicación, curación, remisión, paliación, calidad de vida dignidad de muerte. La comunicación del diagnóstico es el principio de una intensa, corta o la relación con su médico tratante; donde la esperanza va pasando desde la negación, la fantasía, la irracionalidad, hasta la realidad, la aceptación, la resignación (36-37). Es un período de sufrimiento y de prueba durante el cual pueden reajustarse múltiples aspectos de a personalidad del enfermo. En todas las etapas de esta evolución el oncólogo debe estar presente, transmitiendo fortaleza y templanza. Un viejo aforismo decía que la función de la medicina es "curar a veces, aliviar otras, consolar siempre,". Esto es ética con el paciente con cáncer;; por eso hemos insistido en la pri-

mera parte en el carácter y actitud del cirujano. La paciencia, la tolerancia, la comprensión, el afecto, el respeto por el sufrimiento, la frase amable, el saber educar, el saber estar junto al enfermo en silencio; son cualidades, virtudes del buen médico. "Todos los pacientes son conscientes de la gravedad de su enfermedad, tanto si se les ha dicho, como si no" (38). Esta dura realidad establece lazos que el cirujano tratante no puede éticamente soslayar.

### EL SEGUIMIENTO

La evolución de un enfermo operado de cáncer es habitualmente ardua y debe ser seguido por períodos que permitan detectar precozmente recidivas o complicaciones. Esta tarea exige la conducción y coordinación de una sola persona, o de su equipo inmediato de colaboradores, no podrá ser otro que el inicio del tratamiento. Dicho cirujano es responsable del seguimiento, queda obligado moral y técnicamente. Ha de centralizar el intercambio de información de los otros especialistas que participen en tratamientos adyubantes, es la única forma de evitar la despersonalización y la anarquía en el "follow up". El cirujano ha de estar al tanto, deberá orientar y asesorar al paciente sobre diversas alternativas: el mejor tratamiento para una recidiva, la ponderación de la proporcionalidad de dicho tratamiento en función de la probable evolución alejada, la calidad de vida, las posibilidades reales de efectividad, la imitación de nuevas indicaciones quirúrgicas o adyubantes, la conducción del tratamiento del dolor, la orientación hacia los cuidados paliativos, la necesidad de apoyo psicológico, el intercambio de opiniones con

la familia para una menor contención en su hogar, la conversación con el paciente acerca de sus propios valores frente al sufrimiento y la muerte, así como su criterio ante la situación terminal terapéutica, prolongación artificial de la vida, órdenes de no reanimación, indicación de soporte vital mínimo de hidratación, o su retiro, etc.(39-40-41-42-43). Estas situaciones son desafíos al buen criterio médico, son aspectos clínicos éticos necesaria de abordar ante la oferta de posibilidades paliativa. También deberá tener en cuenta las posibilidades de imolementar tratamientos en fase III de investigación clínica, con pleno conocimiento y aceptación del enfermo. EN éstas circunstancias dramáticas los pacientes con mala evolución, los dilemas éticos pasan inevitablemente, no sólo por la reflexión técnica o científica médica, sino por la reflexión antropológica, filosófica, religiosa. De allí la interdisciplinaridad de los comités de Ética Hospitalarios para evaluar situaciones de difícil solución. Es inevitable hacerse preguntas en las situaciones límites: ¿Qué es la vida? ¿Cuándo es realmente la muerte? ¿Es sagrada la vida? ¿Cuáles son las medidas proporcionadas o desproporcionadas para defender una vida? ¿Cuáles son los valores y creencias del paciente respecto a la vida y la muerte? ¿Debe el médico tratante tenerlas en cuenta?(44) ¿Cuáles son sus propios valores ante estas situaciones y problemas? ¿Cuál es la actitud del médico: negación, huida, delegación de responsabilidades? ¿La ecuación costo-beneficio tiene sólo una interpretación económica, o también se refiere a los sufrimientos del enfermo y su familia? ¿Puede el médico desentenderse de la evolución de uno de los enfermos operados, no averiguar

por qué ha desaparecido de la consulta, o cual es el estado de evolución y no citarlo? ¿Cuál es la actitud ante la solicitud, por parte del enfermo de aplicar medicinas alternativas?

## ÉTICA Y DOLOR

Es imprescindible que el médico que trata enfermos con cáncer sepa hacerlo correctamente con el dolor. Para los problemas más especializados que requieran infiltraciones o técnicas especiales de abordaje neural, es obvio que recurrir al especialista; pero el dolor que puede acompañar al cáncer, debe ser medicado por una correcta administración de drogas que el cirujano debe conocer (45-46). La publicación de la Organización Mundial de la Salud, titulada "Alivio del dolor y tratamiento paliativo del Cáncer" (47) contiene un capítulo dedicado a las "consideraciones éticas", del cual glosaremos alguno párrafos. Después de estipular que los tratamientos médicos son: Hacer el bien - minimizar el daño-, respetar la vida -respetar la autonomía del paciente-, actuar con equidad en el uso de los recursos limitados disponibles, se refiere a que, en situaciones terminales, "uno de los elementos esenciales de una buena muerte, es la ausencia de dolor que domina la mente del enfermo, y lo puede incapacitar física y mentalmente para lograr los objetivos que se haya propuesto alcanzar antes de morir" (objetivos familiares, espirituales, patrimoniales, etc.); más adelante dice: "Si el empleo de dosis adecuadas de analgésicos da como resultados el acortamiento de la vida, esto no es lo mismo que poner fin a la vida con sobredosificación", y agrega "Cualquier medida que apresure el

advenimiento de la muerte y que esté relacionado con un tratamiento adecuado del dolor, simplemente significa que el paciente no pudo tolerar el tratamiento necesario", subrayamos esta palabra "adecuado". Con criterio similar se había expedido en 1952 Pío XII al hacerse preguntas morales y religiosas sobre la analgesia(48). La implementación de nuevas técnicas de perfusión continua, la aplicación rigurosa del régimen horario y dosificación correcta, permite en la actualidad un eficiente tratamiento, incluso ambulatorio, con analgésicos poderosos, sin producir narcosis (49-50).

Es necesaria una revolución médico ética ante el dolor y el sufrimiento, expresión del dolor físico y espiritual. Las indicaciones tradicionales. Aún habituales, dejan librado al personal de enfermería la dosificación. El médico indica el analgésico y lo deja S.O.S., o "Según necesidad", Es un grave error médico y ético. Desconoce la fisiopatología del dolor, el ritmo de sus remisiones horarias, el tiempo de efectividad del medicamento, la necesidad de evitar el dolor ante de que aparezca. El médico debe indicar el analgésico, la dosis adecuada para la situación y para ese enfermo, el horario debe cumplirse, la progresión de dosis superiores y la forma de presentación; además tendrá en cuenta las complicaciones agregadas: somnolencia, náuseas, estreñimiento, etc. Deberá conocer también la mejor forma de potenciar la analgesia con fármacos adyubantes (antidepresivos, antiinflamatorios no esteroides y esteroides, etc). Deberá asesorar al grupo familiar sobre las medidas que ayuden (distracción, conversaciones, etc.). Es toda una pedagogía sobre el tema del dolor que debe implementarse

desde la residencia, y el entrenamiento de las enfermeras. (51-52).

**ASPECTOS ÉTICOS EN EL FINAL DE LA VIDA. GÉNESIS DE LA BIOÉTICA. TRATAMIENTOS PALIATIVOS EN ENFERMOS CON CÁNCER. PROPORCIONALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS. MUERTE NATURAL, DISTANASIA, EUTANASIA.**

La medicina paliativa es una moderna expresión del ejercicio profesional. En el desarrollo de esta perspectiva de la atención, ha tenido un papel preponderante el Centro Nacional para la Investigación de Tumores, de Milán, y la Escuela Oncológica Europea (53). Este aspecto de la medicina va dirigido a los enfermos insanables, lo cual significa incurables de sus síntomas. Si bien los enfermos con cáncer son los más indicados para esta medicina, no son los únicos; todos los síntomas del paciente terminal tienen posibilidades de atención y mejora. Una antigua definición de medicina dice que "Médico es el que cuida, no el que cura". La atención para el bien del paciente es el objetivo, causa primera y fin de la medicina. Cuidado del enfermo, respetando su vida, su calidad de vida y la dignidad de una muerte en paz. "Una terapéutica activa significa actuar contra la patología de base para curar o preservar la salud y alargar la vida. Una terapéutica paliativa da por descontado que no recuperará la salud y que no prolongará la vida, sino que ha de procurar el bienestar psíquico, espiritual y físico del enfermo".

La razón de la existencia de la bioética contemporánea nace, especialmente en Estados Unidos de Norte América en la década

de los 70, frente a la crisis de valores que aparece paralelamente con una medicina altamente tecnificada, para grandes masa de población, que exige atención de primer nivel, lo cual incide enormemente en los costos; y que a su vez, por sus propias características y su masividad, trae aparejados problemas de despersonalización y deshumanización en la práctica médica, lo cual promueve graves conflictos éticos (54-55-56-57-58-59-60-61-62).

Es sintomático que el nombre de este nuevo enfoque de la Ética Médica clásica, unida a la profesión desde Hipócrates, nos referimos a la bioética, es acuñada por un médico oncólogo estadounidense; quien invita a desarrollar un movimiento de científicos, con la participación de filósofos, teólogos, sociólogos, etc., que sirva de puente entre las humanidades, la ética y las ciencias medicas para ayudar al hombre e inmerso en una atención médica despersonalizada (63).

Posteriormente se desarrollará el aparato teórico de la Bioética a través de la fijación de cuatro principios: Beneficencia, no maleficencia, Autonomía y Justicia (64); y más recientemente, un reencuentro con la tradición clásica a través de la Ética de la Virtud (65). La reflexión sobre la realidad ética del ejercicio de la medicina en las sociedades altamente medicalizadas y tecnificadas, estudia los dilemas éticos que afectan a alguno de estos cuatro principios expuestos; y trata de orientar pautas normativas y contribuir con sus conocimientos a la ética clínica de la toma de decisiones prácticas, de todos los días y ante cada caso particular. Los problemas se agudizan al considerar los aspectos médicos y éticos del principio y del fin de la vida (66-67). Nos ocuparemos de éstos últimos.

Es aceptada de forma universal la existencia de derechos del enfermo, y en particular los derechos del paciente terminal terapéutico y moribundo. Se centran en procurar la posibilidad de vivir, valga la paradoja, una muerte digna en paz. Dichos derechos son: a no sufrir inútilmente, a que se respete su libertad de conciencia, a conocer la verdad de la situación, a que se respete la capacidad de decidir por sí mismo, a poder tener diálogo confiado con su médico, y con su familia, a recibir asistencia espiritual y religiosa, a renunciar a medios o prácticas desproporcionadas que no resolverán su enfermedad de fondo (68). Lejos han quedado las actitudes agresivas de las cuales hemos participado hace 20 ó 30 años: reanimaciones que sólo contribuían a prolongar la agonía, empecinamientos terapéuticos en la unidad de Terapia Intensiva ante enfermos incurables, encarnizamientos quirúrgicos ante perspectivas ciertas y estadísticas de sobrevida muy escasa, indicaciones de cirugía o quimioterapia en enfermos irrecuperables que comprometían aún más su pobre calidad de vida, etc.

Cabe recordar las palabras del profesor Mario Brea en el Instituto de Clínica Quirúrgica del antiguo Hospital de Clínicas, escuchadas (y no bien interpretadas o comprendidas en ese entonces por los Residentes durante la revista de la sala de los miércoles, ante el espectáculo del encarnizamiento terapéutico de reanimación inconducente, efectuado en la cama del enfermo, entre biombo, con un paciente terminal: "Sepan respetar la muerte, pónganle un suerito barato". Conociendo la solvencia científica del Dr. Brea, su calidad técnica, humana y ética con los enfermos, esto es un ejemplo de realismo

médico, de juicio ético recto, que conlleva responsabilidad, valentía, ponderación de las posibilidades terapéuticas reales, respecto ante la muerte, y muerte en paz, justa apreciación (ya en la década de los 60) de la relación costo-beneficio en su doble aspecto: económico y de sufrimiento; así como de los límites de la posibilidad terapéutica.

El paciente, si está en condiciones de hacerlo, en el curso de sus últimas etapas de enfermedad y de vida, puede aceptar, previa información correcta, que se usen medicamentos y técnicas en fase experimental, que no estén libres de riesgo y, a su vez, puede rechazar terapéuticas sin posibilidad curativa integral, ya sea porque toma una decisión personal, racional o no, o porque resultan caras y onerosas para su familia. Es un derecho personal a respetar, amparado por la ley. Estas actitudes de rechazo no son equivalentes al suicidio, sino una prudente actitud frente a la inevitabilidad de la muerte. El paciente está en su derecho de rechazar un tratamiento que únicamente va a producir una prolongación precaria y ominosa de su vida; pero, por otra parte, no debería rechazar medios de soporte vital, como la hidratación, que constituye un medio proporcionado. La concepción ética preconizada, tanto por la OMS, como por diferentes especialistas en el tema, así como por las pautas religiosas principales de occidente, es "permitir a los enfermos que se encuentran en fase terminal que mueran en paz"(69) Es esencial el respeto a la dignidad de la persona humana en la toma de decisiones en estas circunstancias tan especiales. Es interesante transcribir un párrafo muy didáctico y concreto, que cita el documento de la OMS de otra fuente: "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 esté libre de peligro o demasiado costosa. Su rechazo no equivale a un 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"(70)

Este párrafo define el "Principio de Proporcionalidad", que consiste en "que el tratamiento que prolonga la vida es contraindicado cuando produce más sufrimientos que beneficios". El propio enfermo, su familia, y con mayor certeza el médico, preciben o saben que prolongar una función cuando se ha llegado al límite de los tratamientos es, más que nada, prolongar la agonía, o la etapa del fallecimiento, antes que la vida. Dentro de estas pautas generales, cabe citar también el "Principio de Equivalencia", donde sería más simple no iniciar un tratamiento antes que suprimirlo después de haberlo comenzado. Estas apreciaciones son para tener en cuenta en el uso abusivo de los respiradores, asistencia cardiopulmonar, antibióticos, quimioterapia, transfusiones. Insistimos en que éstas son pautas generales, no recetas singulares.

La OMS considera como principio de Proporcionalidad el hecho según el cual, "la vida no es un bien absoluto, ni la muerte un mal absoluto". El problema de la decisión médica ante la muerte, la medicalización

obcecada de un enfermo terminal, deriva, en enorme proporción de casos, no de una correcta indicación terapéutica, sino de una inmadura apreciación por parte del médico del tema de la muerte. Comenzamos nuestros estudios médicos en las salas de anatomía, junto al cadáver, sin embargo, en el curso de toda la carrera no existe una pedagogía sobre el tema de la muerte. Nuestra obligación es curar, salvar la vida, preservar la vida, luchar por la vida contra la enfermedad. Sin embargo es necesario conocer también la muerte, reflexionar sobre ella. El médico, muchas veces ve en la muerte del enfermo una frustración personal de sus propios valores frente a la vida. Es una sensación de derrota, de incapacidad. Este tema requiere una madura y prudente ponderación en cuanto a los límites de las actitudes pretendidamente terapéuticas en etapas terminales o ante situaciones irreversibles.

Constituye un aspecto más de una correcta y actualizada formación del médico. La toma de decisiones correctas es válida, tanto se refiere al enfermo que requiere resercciones oncológicas con criterio curativo, previamente informado; con ante el paciente a quien no se le debe hacer más nada, reiteramos que, en el caso de enfermedades (no sólo en cirugía oncológica) de pronóstico infausto a breve plazo, el médico puede limitar su acción. Suspender un tratamiento inconducente, máxime si agresivo, no es abandono del paciente, es conocer los límites. Estas reflexiones difundidas hoy a través de la actualización bioética, tienen muchos años de expresadas en el ámbito asistencial desde la reflexión antropológica y religiosa, recién hoy di se le da su real mérito y significado,

hasta el punto de hacerlas suyas la OMS. "El hombre ... tiene derecho y deber, en caso de enfermedad grave, de tomar medidas necesarias para conservar la vida y la salud" Pero obliga habitualmente al empleo de los medios ordinarios, según las circunstancias de personas, de lugares, de época, de cultura; es decir, a medios que no impongan ninguna carga extraordinaria ni para si mismo ni para otros" (71-72). Al respecto, obviamente, es inútil dar recetas o establecer una casuística objetiva de medios ordinarios y extraordinarios; pues eso depende de múltiples variables, como las condiciones técnicas del ámbito asistencial, el estado de investigación o la terapéutica, la situación del enfermo, ubicado en lugar, tiempo y ámbito sociocultural. Por este motivo, hoy día se prefiere hablar de medios "proporcionados o desproporcionados" ante la situación singular de cada enfermo (73-74-75). Se entiende por distanasia el retrasar la muerte por todos los medios, proporcionados o no, aunque no exista posibilidad o esperanza de remisión o cura de la enfermedad de fondo. A ella va ligada toda la tradición de obstinación terapéutica, tanto en cirugía, como en quimioterapia, los cuidados en Unidades de Terapia Intensiva, la reanimación de pacientes agónicos con patologías irreversibles, etc. Esas actitudes sólo aplazarán unas horas o unos días la muerte. El respetar el curso natural de la muerte, con alivio del dolor e hidratación parental básica, es definido, es definido como ortotanasia, es decir, muerte correcta, buena muerte, muerte en paz; la cual, no es intencionalmente no es acelerada ni detenida. El tema de la "muerte digna" es un aspecto que el médico ha de tener claro, como parte integral de su respeto ala dignidad de la

vida del enfermo; el paciente tiene derechos naturales, no dependiente ni otorgados por ninguna legislación civil; dichos derechos individuales intrínsecos de su dignidad como persona, la medicina los reconoce de acuerdo al juicio recto de la conciencia del médico, o lo ha establecido en pautas deontológicas profesionales; creemos que poco o nada añaden o tienen que hacer la acción parlamentaria legislativa de estos temas.

Dentro del marco de los cuidados paliativos se halla la decisión y orientación médica del paciente en su hogar. Existen antecedentes y publicaciones acerca de las preferencias de los pacientes y de las pautas orientadoras de los centros asistenciales, ya sea a terminar sus días en su casa o en el hospital o centros especializados (76); inciden en estas orientaciones aspectos socio-económicos y culturales, factores familiares, capacidad de buena contención, temas afectivos, espirituales, posibilidad de atención organizada domiciliaria o no. El ideal sería la muerte en su casa, rodeado de la familia y de los lugares en los que se desarrolló su vida. Para ello es necesaria la organización del seguimiento y la asistencia médica, de enfermería, psicología, etc. en el domicilio, cosa no siempre fácil de efectuar, salvo por grupos o centros especializados, que pueden contar como apoyo lugares para interacciones breves (77).

#### **EUTANASIA-SUICIDIO ASISTIDO**

Eutanasia, etimológicamente, es "buena muerte". Tiene una larga tradición en la historia de la humanidad, no así en la historia de la medicina. Diversos factores sociales, culturales y políticos han reactualizado el tema en los últimos tiempos, empezando pro

el hemisferio norte, y también en nuestro medio. Su aceptación social va ligado también al eufemismo del significado del término: muerte dulce muerte, buena muerte, muerte misericordiosa, o muerte por piedad (78-79-80). EL objetivo es causar la muerte intencional a un ser humano para evitarle sufrimientos, o a petición de éste, por no tener calidad de vida digna. La muerte del paciente es el objetivo buscado.

La intención es lo que vale. Puede ser por acción: matar con una sobredosis analgésica, o por omisión: negar la asistencia debida. No es eutanasia, aplicar un tratamiento correcto para aliviar el dolor, aunque dadas la condiciones físicas del enfermo, dicho medicamento acorte su expectativa de vida como efecto secundario no querido.

La eutanasia es un tema central de reflexión médica, pues tener las ideas claras al respecto implica tenerlas también con los objetivos de su vocación y con su manera de pensar como hombre. Más allá del aspecto utilitario o práctico que ciertos enfoques culturales puedan pretender aducir para su aceptación, despenalización, legalización; subyace en éste tema la concepción misma, la raíz de la medicina. Existe una serie de artículos de gran valor para los cirujanos, que deberían ser motivo de comentario y docencia, tanto en el pregado como durante la residencia, aparecido en los boletines del American College o Surgeous (81-82-83); de los cuales extraemos un párrafo transcrito a su vez de una declaración de la "American Association's Council on Ethics and Judicial Affairs" que dice así: "Que el término eutanasia activa es un eufemismo para matar intencionalmente una persona; esto no es

parte de la práctica de la medicina, con o sin el consentimiento del paciente ... La determinación intencional de terminar con la vida de un ser humano por otro, muerte misericordiosa (mercy killing) es contraria al ordenamiento público, a la tradición médica y a las más fundamentales medidas de los valores y de la dignidad humana". La OMS, en el trabajo citado de su Comité de expertos en dolor y cáncer, es terminante, y dice que "... con el desarrollo de métodos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legislación de la eutanasia"... "Ahora que existe la alternativa viable a la muerte dolorosa, debieran concentrarse los esfuerzos en la implementación de programas de tratamiento paliativo, antes que ceder ante las presiones que tienden a legalizar la eutanasia". La reunión de expertos realizada en Ginebra, asesoró, además de la OMS, al Parlamento Europeo, recomendando que la "eutanasia (para acelerar la muerte mediante el empleo de drogas) no debe ser legalizada".

Un aspecto susceptible de ser considerado como eutanasia pasiva, es la omisión del tratamiento básico para el sostén vital, hidratación y alimentación; o el retiro del mismo en el caso de estar aplicándolo (84-85). No entraremos en detalle para discutir este problema, que es motivo de controversia, y sobre el cual, una vez más, no pueden darse recetas. Lo importante es tener claro la defensa de la vida y no matar intencionalmente.

La hidratación es un medio ordinario y nada oneroso. Evita al médico la necesidad de adoptar una actitud negativa, por defecto u omisión. "El médico no puede ni debe renunciar a su técnica", con lo cual se sobreentiende la "obligatoriedad de la asistencia al

moribundo" (86), como imperativo forzoso de no abandonar al paciente, manteniendo al menos la hidratación basal, aún cuando se haya dado instrucciones de no-reanimación y se hayan retirado otras medicaciones, como los antibióticos. En todos estos temas es esencial la conciencia personal del médico bien formado en su doble e indisoluble menester: clínico y ético. El juicio recto, el sentido común virtuoso, la prudencia. Ante los casos y dilemas controvertibles, surge la posibilidad de asesoramiento de los Comité de Bioética hospitalarios (87-88-89).

Como síntesis podemos decir:

1.- No es lícita la acción intencional que provoca en forme directa la muerte del enfermo.

2.- No es lícito éticamente omitir una prestación básica de soporte, como puede ser la hidratación endovenosa o la alimentación parental.

3.- Un tratamiento medicamentoso o un apoyo tecnológico, en un enfermo terminal en coma, que ha demostrado su ineficacia, puede ser interrumpido.

4.- No es lícito ayudar al suicidio de un paciente. Se atenta contra la ley civil que defiende la vida, y se vulnera la ética médica violando su objeto mayor, que es defender y preservar la vida. No matar.

5.- Es lícito y ético administrar analgésicos que alivien el dolor, aunque atenúen la conciencia y puedan acortar la vida. La actitud ética de dicha acción depende de la intención de aliviar, no de matar.

## INVESTIGACIÓN CON ENFERMOS

Este tema tiene un gran soporte para resolver controversias, que son las pautas

deontológicas para la investigación con seres humanos fijadas por la OMS en Helsinki y complementarias (90-91). Ningún aspecto de la ética médica está tan bien explicitado y regulado como éste, aunque no siempre correctamente supervisado. El ensayo clínico se halla estrechamente vinculado con la investigación farmacológica oncológica en su distintas fases; las cuales son bien definidas y acerca de las mismas no sólo existen orientaciones éticas, sino la necesaria autorización de los organismos oficiales en los países más desarrollados y cuidadosos en guardar recaudos éticos y legales sobre estos temas. NO obstante existen transgresiones En cirugía oncológica, también pueden existir técnicas e innovaciones experimentales. Conley dice(92): "No todas las nuevas operaciones tienen una base ética". Esta frase invita a la reflexión no sólo dentro del terreno del cáncer, sino de las nuevas técnicas en cirugía general. Ante las nuevas experiencias en seres humanos es fundamental guiarse por las reglas de la Declaración de Helsinki:

\* Necesidad de la experimentación básica y animal previa.

\* Consentimiento informado del paciente.

\* Libertad el sujeto para negarse o interrumpir la prueba.

\* Solvencia, antecedentes, y capacidad probada del equipo médico.

\* Adecuado índice de beneficios frente a los gastos.

\* Existencia de un protocolo serio y correcto.

\* No privar al enfermo de otros tratamientos eficientes reconocidos, o al menos, otorgarle un tratamiento experimental con parecido objetivo.

\* Fidelidad, honestidad, veracidad en la publicación de resultados en las revistas científicas.

Los protocolos experimentales, sean farmacológicos o quirúrgicos, o asociados entre varias medidas terapéuticas, deben ser aprobados en el aspecto científico y metodológico, por una comisión hospitalaria de Ensayos Clínicos, o un Comité Científico; luego de este paso, debe ser estudiado y aprobado por un Comité de Ética. Al menos así se actúa en los países más serios en estos temas. Por otra parte, las revistas especializadas importantes, evalúan el cumplimiento de las pautas éticas antes de la consideración del trabajo para su publicación.

Las investigaciones con seres humanos son con objetivos científicos o terapéuticos. Lo habitual en nuestro caso son los ensayos clínicos con objetivo terapéutico. Siempre debe ponerse como prioritario al interés individual para el bien del paciente, no los intereses colectivos, sociales o científicos (93).

El tema que ofrece más dilemas éticos se plantea en los ensayos aleatorios, (randomizados). En ellos se compara un grupo control, que no recibe el tratamiento experimental, con otro al cual se le aplican las pautas terapéuticas de investigación. Lo importante es no dejar al grupo control sin tratamiento. Debe recibir el convencional más aceptado (94-95). Éticamente debe interrumpirse el ensayo cuando aparecen diferencias estadísticas favorables a uno de los tratamientos, ya sea el convencional o el experimental. Esto hace necesario la supervisión de los equipos de experimentación humana por Comisiones de Ensayos Clínicos y por Comités de Ética. La prioridad es favorecer, no hacer daño, res-

petar la vida. La ciencia se subordina a la ética. Sería éticamente incorrecto continuar un ensayo clínico donde los resultados indiquen un 30 o 50% más de curaciones o mejorías en el tratamiento experimental sobre el control.

## ONCOLOGÍA Y ESTUDIO SOBRE EL GENOMA HUMANO.

El tema genético unido a la posibilidad de detectar precozmente cánceres vinculados con predisposiciones genéticas, constituye un capítulo de nueva medicina predictiva. El estudio que se efectúa a través del proyecto Genoma Humano abre un horizonte para la atención médica de insospechados perspectivas. Diversos conflictos y dilemas éticos aparecen al unísono con el desarrollo de las investigaciones y sus hallazgos.

A medida que se avanza en la identificación de marcadores genéticos para cáncer, aparecen nuevos problemas potenciales, que giran especialmente en torno al tema de la confidencialidad y de la eventual jerarquización de pautas eugenésicas y científicas, por encima de los valores éticos.

Estos son temas muy sensibles de estudio y discusión (96-97-98). ¿Cuánto debe conocer la familia y el paciente sobre el resultado de los test genéticos que puedan vaticinar un cáncer?

Existen grupos de riesgo indudables, familiares o étnicos, con posibilidades de cáncer; a los cuales se agrega la capacidad de uso de marcadores genéticos para detectar posibles apariciones de cáncer en ovarios, de mama y de colon. EL cirujano oncólogo, ¿deberá pedirlos por rutina? ¿Podría existir un "screening" obligatorio de la población?

¿Será una decisión autónoma y voluntaria del paciente?; o ¿una imposición médica? ¿El posible enfermo, debe conocer precozmente sus riesgos, o dicha información sería una comunicación cruel que implique graves consecuencias psicológicas y sociales del paciente? ¿Deberán destinarse recursos económicos importantes para estos estudios? ¿Son prioritarios? ¿Debe comunicarse toda la verdad a un presunto portador de un riesgo genético?. La información disponible, almacenada en la ficha clínica o en computadoras; ¿podrá preservar la confidencialidad frente a un organismo público de salud, compañías privadas de seguro médico, compañías de seguro de vida, empresas para la selección y contrato personal? ¿quiénes tienen acceso a las bases de datos con archivos genéticos? ¿Cómo se actúa con adolescentes que tiene la posibilidad genética de contraer un cáncer de mama o de ovario?. Es un panorama nuevo que traerá nuevos problemas, ya sea para los tratamientos agresivos precoces, o para el seguimiento en salud del presunto paciente, o para la comunicación de la posible aparición de un determinado tipo de cáncer. Es un tema de actualidad, centralizado en el Committee on Ethical, Legal and Social Issues del Proyecto Genoma Humano.

### **CONFLICTOS DE INTERÉS**

Es fundamental que la atención médica se efectúe sin coacción externa sobre tiempo y recursos. Cuando aparecen conflictos de interés económico, la opción ética es clara: el bienestar del paciente debe ser el objetivo primordial. "El médico debe insistir que el nivel de atención médica adecuada tenga supremacía sobre consideraciones

fiscales" inversiones o arreglos financieros" (99). Es un tema de permanente actualidad, muchas veces de difícil solución dentro de la organización sanitaria. Caben en él consideraciones sobre proporcionalidad de los tratamientos, y relación costo beneficio. Hay situaciones atendibles por el juicio prudente y desinteresado del médico, que procurará lo mejor dentro de las posibilidades reales, hay otras, donde "la creciente sofisticación de técnicas de marketing pone al médico en situaciones donde el criterio clínico puede ser afectado" (100-101). Siempre deberá hacerse lo mejor para el paciente.

### **CONCLUSIONES**

1. Es necesaria una correcta formación integral del médico, no sólo en su especialidad, sino como persona. La formación de postgrado durante la residencia debe contribuir a templar su carácter para que pueda desenvolverse con responsabilidad madurez ante la toma de decisiones en situaciones críticas. La transmisión de inquietudes y conocimientos éticos para resolver dilemas clínicos y éticos es parte de su formación. La asistencia a discusiones de tipo ético-clínico y a los Comités de Ética Hospitalarios es una faceta de su formación integral.

2. Es muy importante la enseñanza y la formación, junto al enfermo, de hábitos internalizados de razonamiento clínico ético ante situaciones particulares difíciles. Es esencial la comunicación con el paciente, de tal manera de adquirir estilo y hábito para dar a conocer con tacto, prudencia y delicadeza; la verdad de la situación, adecuando la información al tipo de personalidad del enfermo. Es un paso esencial para que el médico se acos-

tumbre a respetar la dignidad intrínseca de su interlocutor como persona, con capacidad de consentir o no, o de buscar otras consultas antes de adoptar una decisión. Información correcta, veraz, consentimiento tácito o explícito.

3. Es necesaria una relación de confianza y buena fe entre médico y paciente, que procure una toma de decisiones concertadas; donde el médico sugiere tratamientos para el bien, y para evitar el daño del enfermo.

4. Los valores del enfermo, y la propia apreciación que tenga de su calidad de vida, son factores a respetar por el médico en su decisión.

5. Es imprescindible una valoración ética del dolor. Hay obligación clínica y ética de combatir el dolor total, o sufrimiento.

6. Existe obligación de orientar y aconsejar tratamiento paliativos, y establecer medios ordinarios, en lugar y tiempo, de sostén. La medicina defiende la vida, pero no la preserva a toda costa.

7. Se debe restringir la alta tecnología y la hipermedicalización en enfermos terminales. La ecuación costo-beneficio es aplicable para ponderar terapéuticas agresivas con escaso o nulo resultado, tratamientos que vulneren valores del paciente, situaciones que aumenten el sufrimiento sin lograr resultados curativos o paliativo, y también para los aspectos económicos el juego que desequilibren el grupo familiar.

8. No corresponde al ejercicio de la medicina utilizar la eutanasia activa o pasiva. La intención médica es cuidar, curar, aliviar, respetar la vida y la muerte natural; no abandonar ni matar al paciente. La eutanasia es homicidio.

9. Las pautas deontológicas establecidas en la Declaración de Helsinki para la experimentación con seres humanos, deben ser conocidas por todos los médicos. Los ensayos clínicos en general, y los aleatorios en particular, deben ser supervisados por un Comité de Ética Hospitalario.

10. Es importante como ayuda y orientación en problemas éticos, la constitución de Comités de Ética Hospitalarios multidisciplinares, cuyos asesoramientos, si bien no son vinculantes con la decisión clínica, si lo son en la investigación con seres humanos; pero siempre constituyen asesoramientos responsables para tener en cuenta.

En este trabajo se ha abordado un amplio panorama de la ética médica, con especial aplicación al enfermo con cáncer. La magnitud del tema y la cantidad de asuntos que engloba, hace necesario sólo enunciarlos y hacer algún comentario. Por esta razón la bibliografía adjunta es amplia; ya que se contemplan temas bioéticos en sus diferentes aspectos: teóricos-filosófico-Teológicos. Normativo-deontológicos, códigos y deberes a cumplir. Histórico-culturales y, fundamentalmente para nuestro objetivo, Ético clínicos.

## BIBLIOGRAFÍA.

1) THOMASMA D. The ethics of caring for the older patient with cancer: Defining the issues. *Oncology*. 6 N.2.: 124-130; 1992.

2) CULVER CH. GERT B. Ethical issues on oncology. *Psychiatric medicine* 5, N. 4: 389-404; 1987.

3) DE VITA y colab. Aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer. *Principios y práctica de oncología*. Ed. Salvat, 2, edición. Cap. 55: 1913-1927; 1988.

4) CONLEY J. Ethics in head and Neck Surgery. *Arch. Otolaryngology* 107: 655-657; 1981.

- 5) DRANE J. Métodos de la ética clínica. Boletín Oficial Sanitaria Panamericana. Número especial sobre Bioética. 108: 415-425; 1990.
- 6) MAINETTI, J.C. MARTIN-SASS H. Protocolo para la práctica ético médica. Zentrum fur Medizinische Ethics. Bochum, 1988.
- 7) BEAUCHAMP, T.L. CHILDRESS J. Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford University Press. 3. Cap. 5; 1989
- 8) PELLEGRINO, E. THOMASMA D. For the patient's Good. The restoration of Beneficence in Health Care. New York. Oxford Univ. Press. 1988.
- 9) BEAUCHAMP Y CHILDRESS. Obra ya citada, cap. 4.
- 10) LAIN ENTRALGO. P. La relación médico enfermo. Historia y teoría. De Revista de occidente. Madrid. 1964.
- 11) LAIN ENTRALGO. P. La medicina hipocrática. De Rev. de Occidente. Madrid, 1970.
- 12) CONLEY J. Obra citada. 4.
- 13) PELLEGRINO, E. Humanism and the physician. University of Tennessee press. 1981
- 14) PELLEGRINO, E. THOMASMA D. the virtues in medical practice. New York. Oxford University Press. 1993.
- 15) LISTER G. Ethics in surgical practice. Plastic and Reconst. Surg, 97: 185-193, 1996.
- 17) MONGE, M. A. Ética, salud, enfermedad. Ed Palabra. Madrid, 1991.
- 18) PELLEGRINO E. Virtue and self interest in the ethic of the professions. Journal of contemporary Health, Law and Policy 5: 53-73; 1989.
- 19) ENGELHARDT T. Los fundamentos de la Bioética. Ed. Paidós. Barcelona, Cap. VIII; 1995.
- 20) PIO XII: Discurso al colegio internacional Neuropsicofarmacológico. Vaticano, septiembre 1958. Pío XII y las Ciencias Médicas. Ed. Guadalupe Buenos Aires, 1961, pág. 345-352.
- 21) SZASZT. S., HOLLENDER, M. H. The basic model of the Doctor Patient relationship. Amm. Intern. Med. 97: 585-592; 1956.
- 22) LAVADOS M. SERANI MERLO A. Ética Clínica. Fundamentos y aplicaciones. Segunda parte. Cap. 1. Modelos básicos de la relación médico-paciente. Ed. Universidad Católica de Chile. 1993.
- 23) CHAPMAN. C. On the definition and teaching of Medical Ethic. New England Jour Of Med. 301: 630-634; 1979.
- 24) BEAUCHAMP Y CHILDRESS. Obra citada CAP. 3º
- 25) GRACIA, D. Fundamentos de la Bioética. Ed. EUDEMA. Univ. Complutense. Madrid, Cap. 1º y 2º; 1989.
- 26) Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo del Cancer. Cap. 8º. Consideraciones Éticas. Ginebra 1990.
- 27) PÍO XII. Discurso al I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso, septiembre 1952. Obra citada. Pág. 128.
- 28) PÍO XII. Idem.
- 29) PELLEGRINO. E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Boletín OPS citado. 108: 379-389; 1990.
- 30) ENGELHARDT, T. Obra citada. Pág. 350-357.
- 31) Asociación Norteamericana de Hospitales. Derecho del Paciente. Boletín OPS citado. 108: 642-644; 1990.
- 32) MARAÑÓN, G. Vocación ética. Madrid. 1964. (Citado en Monge; obra citada, Cap. XI La verdad ante el enfermo. Pág. 215-229).
- 33) MONGE. Obra citada. Cap. XI.
- 34) CASTILLO VALERY A. Ética Médica ante el enfermo grave. Cap. VII-VIII, Ed. JIMS, Barcelona, 1986.
- 35) CASTILLO VALERY obra citada.
- 36) KUBLER ROSS E. Sobre la muerte y los moribundos. Ed Grijalbo, Barcelona, 1974.
- 37) DE VITA JR. HELLMAN S, ROSEMBERG S.

Cancer, principles and practice of Oncology. Vol. 2: Psychological and Ethical issues in the care of cancer patients. Ed. J.B. Lippincott: 2448-2464; 1993.

38) KUBLER ROOS E. Obra citada.

39) DE VITA Obra citada. Specialized care of the terminally ill 2501-1506; dealing with the dying patients. 2508-2511.

40) CASTILO VALERY Obra citada. Cap VII. Limitación de medidas terapéuticas.

41) BRUGEROLAS MASLLORENS. Manual de Bioética general Cap. 25. Atención al paciente terminal. Ed RIALP, Madrid 1994.

42) SCHECTER W. Withdrawing and withholding life support in geriatric surgical patients. Ethical considerations. surgical Clinics of N.A. 7: 245-259; 1994.

43) SAPISOCHIN, E. El acto quirúrgico. Consideraciones médico legales. Rev. asoc. Med. Arg. 109: 35-37; 1996.

44) CAZAP, E. Ética y oncología. Rev. Asoc. Med. Arg. 107: 39-41; 1994.

45) VENTAFRIDDA, V. A validation study of WHO method for cancer pain relief. Cancer 59: 850-856; 1987.

47) Organización Mundial de la Salud. Alivio y dolor en cáncer... obra citada. Ginebra 1990.

48) PÍO XII. IX Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología. Febrero 1957. Obra citada. Pág. 238-296.

49) DE VITA Obra citada 3°. Cap. 64: 2417-1447.

50) VENTAFRIDDA, V. Tratamientos Paliativos. Curso European School of Oncology: Cap. 2: 63-81.

51) WENK R. Control de Síntomas. Programa Argentino de Medicina Paliativa. FEMEBA. 1996.

52) VENTAFRIDDA, V. Obra citada. Vol. 1°. 89-125.

53) VENTAFRIDDA, V. Obra citada. Vol. 1°. 39-46. Director U Veronesi.

54) PELLEGRINO, E. The Metamorphosis of Medical Ethics. A 30 year retrospective. JAMA 269: 1158-1162; march 1993.

55) SGRECCIA, E. Manuale di Bioetica. T.I, Cap. I : 25-52; Cap IV: 105-133; Cap. V: 137-156. De. Vita e Pensiero. Milano. 1991.

56) MAINETTI, J.A. Fundamentos de Ética Biomédica. Quirón. 18:1, 1987.

57) MAINETTI, J.A. Ética Médica. Introducción histórica. Quirón. La Plata, 1989.

58) MAINETTI, J.A. La crisis de la razón médica. Quirón. La Plata, 1988.

59) LAVADOS M. SERANI A. Ética Clínica. Cap1 y 2. Univ. Católica de Chile. 1993.

60) CALLAHAM, D. Bioethics. Encyclopedia of Bioethics. W.T. Reich. De. Mc. Millan New York; Pág. 327-256; 1995.

61) Theories Methods in Bioethics: Principlism and its critics. Special Issue. Kennedy Institute of Ethics Journal. 5, septiembre, 1995.

62) MARTIN SASS H. Bioética. Fundamentos filosóficos y aplicación. Boletín OPS citado: Pág. 391-189: 1990.

63) VAN RENSSLAER POTTER. Bioethics: Bridge to the future. New Jersey, Prentice Hall. De. Biological Science series, 1971.

64) BEAUCHAMP Y CHILDRESS Obra citada 7.

65) PELLEGRINO, E. THOMASMA, D. The virtues in medical practice. New York. Oxford University Press. 1993.

66) Basso, D. Nacer y Morir con dignidad. Estudios de Bioética contemporánea. Buenos Aires, 1989.

67) VEATCH, R. DEATH, DYING and the Biological Revolution. Yale Univ. Press. 1989.

68) Instituto Borja de Bioética. Derechos de la persona en situación terminal. Dolentium Hominum 24: 26-32; 1993.

69) OMS. Alivio del dolor del tratamiento paliativo del cáncer. Cap. 8 Obra citada.

70) Sagrada Congregación para la doctrina de la fe. Declaración sobre la Eutanasia. 1980.

71) PÍO XII. Obra citada en cita 48.

- 72) PÍO XII. Discurso ante el Instituto Italiano de Genética "Gregorio Mendel" sobre Reanimación y Respiración artificial. Nov. 1957. Obra citada Pág. 306-311.
- 73) Manual de Ética y Deontologica del Cirujano. Cap 4. de la atención de pacientes en estado crítico y/o terminal. Asociación Argentina de Cirugía. 1996.
- 76) VENTAFRIDDA , V. Tratamientos paliativos . Cap. 6-7. Atención Hospitalaria y domiciliaria en pacientes con cáncer avanzado. Obra citada.
- 77) DE VITA y colab. Cáncer. Principios y práctica y oncología. T. II;Cap. 55 Cuidados especiales del enfermo terminal. Salvat, 1988.
- 78) BASSO D. Nacer y morir con dignidad. Obra citada. 66.
- 79) Declaración sobre la Eutanasia. Obra citada 70.
- 80) Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Simposio "Del Nacer y del morir" Boletín de la Academia. Suplemento. Pág. 91-203. Varios autores. 1993.
- 81) THOMASMA D. The range of Euthanasia. Bulletin Am. College of Surgeons 73: 4-13; 1988.
- 82) KINSELLA y colab. Legalized active euthanasia. An Aesculapian tragedy. Buletin A. College of Surg. 12: 6-9. Dic.1988.
- 83) KASS L. Why Doctors must not kill. Bul. Am. Coll. Surg. 77: 6-17. march 1992.
- 84) SCHECTER W. Obra citada 42.
- 85) VENTAFRIDDA V. Obra citada Cap. 9: 304-311.
- 86) LAIN ENTRALGO P. Obra citada II.
- 87) TEALDI J.C. MAINETTI J.A. Los Comités Hospitalarios de la Ética. Boletín OPS. Obra citada Cap. 108: 431-438, 1990.
- 88) SGRECCIA E. Obra citada 58; T II. Comitati di Bioética. 473-513.
- 89) Avis du Comité Consultatif National D'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Recommandations sur les Comites d'ethique locaux.1988.Avis relatif aux Comites d'ethique 1992. Paris 1993.
- 90) Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki 1964, Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. Boletín OPS citado. Pág. 629-637; 1990.
- 91) BRUGEROLAS MASLLORENS. Obra citada 4 Cap. 19°. El ensayo clínico.
- 92) CONLEY J. Obra citada 4.
- 93) SGRECCIA E. Obra citada 58. Cap.12. Bioética e sperimentazione sull'uomo. Pág.399-432.
- 94) LAVADOS M. SERANI A. Obra citada 22. Aspectos éticos generales en la investigación clínica. Pág. 153.
- 95) Brugerolas Masllorens. Obra citada 9. Cap. 19: 311-322.
- 96) Programa Genoma Humano. II Seminario sobre cooperación internacional para el PGH. Ética. Declaración de Valencia. Fundación BBV. Bilbao, España. 1991. (460 Páginas)
- 97) THOMSON E. CLAYTON E. LERMAN C. Ethical, legal and social issues in genetic testing for cancer risks. National Center for human genome Research. NIH: American Society of Clinical Oncology. Los Ángeles 1995.
- 98) ROTHSTEIN M. Genetic testing: Employability, Insurability and Health reform. Journal of National Cancer Inst. Monographs 17: 87-90; 1995.
- 99) American college of Physicians. Obra citada 75. (conflictos de interés).
- 100) AM. COLL. PHY. Obra citada 75. (conflictos de interés).
- 101) SMITH TH. BADURTHA J.. Ethical considerations in oncology: Balancing the interest of patients, oncologist, and society. Journal of Clinical Oncology. 13: 2464-2470; septiembre 1995.
- (Original publicado en REVISTA LATINOAMÉRICANA DE ONCOLOGÍA CLÍNICA. VOL. XXVII N°. 3 1996)