

# Aproximación al enfermo terminal y a la muerte

Manuel Sureda González

Doctor en Medicina. Especialista en Oncología Médica

## 1. El profesional ante el enfermo terminal

El aprendizaje en las ciencias de la salud consta de tres apartados fundamentales: **conocimientos, habilidades y actitudes**. En el momento del ejercicio profesional los tres interaccionan dinámicamente para dar como resultado un correcto acto asistencial. Las habilidades y actitudes constituyen la parte “artística” de la profesión sanitaria, en cuanto conjunto de elementos personales que mejoran con el ejercicio profesional, y que al actuar fundidas con los conocimientos, aportan calidad y diferenciación.

El acto asistencial tiene tres vertientes principales: **curar, aliviar y consolar**. La contribución de cada una de ellas depende de la situación clínica del paciente en ese momento concreto y de los recursos sanitarios disponibles. Han de llevar inseparablemente unidas dos vertientes secundarias, también en diferente medida según los casos: rehabilitación y educación sanitaria.

En el currículum académico de las profesiones sanitarias rara vez figuran materias directamente relacionadas con la enfermedad terminal o la muerte. El contacto con estas realidades, de suyo difíciles, que requieren una preparación específica, provoca un rechazo instintivo en el profesional. Hay que asumir que el acto asistencial no se limita a **curar**, sino también consiste en **aliviar, consolar, rehabilitar y educar**.

Es importante precisar el **concepto de enfermo terminal**, ya que, pese a parecer intuitivo, la práctica demuestra una gran disparidad de criterios a la hora de su aplicación a pacientes concretos. El diagnóstico de síndrome terminal de enfermedad se produce cuando concurren las siguientes circunstancias:

1. **enfermedad de evolución progresiva**
2. **pronóstico de supervivencia inferior a un mes**
3. **ineficacia comprobada de los tratamientos**
4. **pérdida de la esperanza de recuperación**

Las entidades patológicas que con mayor frecuencia conducen al síndrome terminal de enfermedad son las afecciones crónicas del sistema cardiovascular (arteriosclerosis, miocardiopatías), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer, y la cirrosis hepática.

**El pronóstico de supervivencia** no siempre es fácil de precisar. El estado general (v. g. índice de Karnofsky) y la entidad de la/s insuficiencia/s orgánicas presentes ayudan a delimitarlo. En cualquier caso ha de ser corto ante la atribución del carácter de terminal a un enfermo, de modo que las decisiones a tomar en tal situación no puedan lesionar sus legítimos intereses por una catalogación equivocada.

Los tratamientos conocidos y de aplicación generalizada han de ser probadamente ineficaces antes de establecer el carácter de terminal de un paciente. En algunos casos puede plantearse la posibilidad de administrar tratamientos experimentales.

Los estudios preliminares sobre células o animales constituyen el primer paso hacia la aplicación clínica de nuevos fármacos o modalidades de tratamiento. Aquellos que alcanzan resultados prometedores y ofrecen mejores expectativas que el mejor tratamiento conocido son administrados a pacientes para comprobar su eficacia clínica, cumpliendo una serie de normas éticas. Durante esta fase, y mientras los datos estadísticos que avalan dicha eficacia no consiguen alcanzar el consenso internacional, reciben el calificativo de experimentales.

La **frontera entre tratamiento experimental y estándar** no siempre es clara. Hay pautas terapéuticas de eficacia demostrada que no forman parte de la práctica habitual por requerir recursos difícilmente disponibles, como por ejemplo algunas que utilizan quimioterapia por vía intraarterial o precisan técnicas quirúrgicas especiales. En otros casos depende de un proceso burocrático que autorice para tratamiento habitual fármacos que ya han cumplido todos los pasos preliminares de investigación y aplicación clínica.

Aunque la calificación de terapia estándar llegue tras un estudio comparativo, confirmatorio de datos previos conocidos, el tratamiento beneficia de igual modo a las personas que lo han recibido previamente a la publicación de los resultados que a las que lo han recibido con posterioridad. Por tanto, cumplidas las premisas éticas que garantizan el respeto a su dignidad de persona, es inadecuado considerar al paciente que recibe un tratamiento experimental como un cobaya humano.

Los países occidentales disponen hoy en día de especialistas bien preparados y de centros dotados con el equipamiento necesario para el correcto diagnóstico y tratamiento de la gran mayoría de enfermedades. Los progresos se difunden a gran velocidad a través de las revistas y congresos especializados, permitiendo ofrecer los últimos avances a un número cada vez mayor de pacientes. En algunos países, sin embargo, existen modalidades de tratamiento experimentales o simplemente más desarrolladas por el trabajo especializado de un grupo concreto, de las que pueden beneficiarse

pacientes determinados (un mínimo porcentaje comparado con el número total de pacientes), que no tendrían acceso a ellas en su estructura sanitaria habitual.

Antes de tomar decisiones sobre el particular, es conveniente **valorar el consejo de un especialista**, que ayude a discernir si lo que se está buscando en el fondo no es una tranquilidad de conciencia por el camino de que no quede absolutamente nada sin intentar. Desplazarse a un centro lejano al lugar habitual de residencia puede representar para el paciente múltiples inconvenientes, no siempre compensados por un beneficio terapéutico proporcionado.

Hay que asumir la existencia de casos que exceden las posibilidades actuales de la terapéutica, independientemente del lugar del mundo en que se trate.

Si los tres criterios citados se cumplen, la pérdida de esperanza de recuperación se produce habitualmente, tanto en el equipo asistencial como en la familia.

La aparición de una complicación letal irreversible marca el inicio de la agonía, etapa generalmente de corta duración y que precede a la muerte.

Determinados pacientes pasan por una fase en la que podrían denominarse *pseudoterminales*. Son catalogados de terminales sin cumplir todos los requisitos mencionados. Generalmente se debe a un fallo en la valoración de la afectación por la enfermedad de base y/o en el cálculo del pronóstico de vida. Puede deberse también al adelanto de diagnósticos y/o pronósticos no confirmados. Tales pacientes presentan las ansiedades propias de un enfermo terminal, viendo consiguientemente afectada su vida, que por otra parte se desarrolla con normalidad. Constituyen un argumento más sobre la importancia de trabajar con criterios objetivos en este campo y obligan a ser muy explícitos al hablar del valor real de sospechas clínicas u otras valoraciones intuitivas.

## 2. Comunicación

El acto de comunicación consta de **cuatro elementos fundamentales**: **emisor** (aquel que comunica algo), **mensaje** (idea o conjunto de ideas que son comunicadas), **entorno** (conjunto de personas y circunstancias que forman el ambiente en el que transcurre la comunicación, con capacidad de influir sobre ella), y **receptor** (aquel que recibe el mensaje). Una comunicación óptima es la que tiene lugar en un entorno común a los otros tres elementos: si los intereses del receptor y el emisor son los mismos, y compatibles con cualquier tipo de mensaje, éste llega a su destino de forma nítida, sin interferencias. Por el contrario, si cada elemento del circuito está rodeado por su propio entorno, que condiciona el avance del mensaje y lo distorsiona, éste no llega de forma clara y completa a su destino. Es la situación más frecuente en la práctica asistencial.

El paciente tiene derecho a conocer su diagnóstico y pronóstico, aunque no sean favorables.

La información sobre la enfermedad ha de tener en cuenta las particularidades individuales de cada paciente. El respeto a sus derechos dicta que sea **clara, completa y asumible**. Debe saber qué le pasa, de manera que conociendo la situación esté en condiciones de tomar con libertad decisiones que no podría tomar sin conocimiento de causa. Debe saber todo aquello que razonablemente pueda asumir, aunque no sea agradable, procurando evitar brusquedades que empeoren su trato con la gente que le rodea. Ha de percibir una proporcionalidad entre lo que conoce sobre su enfermedad y el tratamiento propuesto; si no es así se genera desconfianza hacia el equipo asistencial y hacia la familia, derivada del sentimiento de engaño.

En la relación del paciente terminal con su familia cualquier forma de expresión (silencios, gestos, palabras), adquiere matices y significados distintos a los que tendría en un contexto normal, generando ansiedad en ambas direcciones. Durante la conversación surgen interrogantes sobre el futuro, no siempre fáciles de responder, y que obligan a los demás a cuestionarse tarde o temprano sobre el propio destino. Situaciones como la hospitalización prolongada o la falta habitual de compañía familiar se asumen peor desde la óptica de un desenlace próximo que si espera la curación a un plazo más o menos largo.

El enfermo terminal es ante todo una persona. Según la definición clásica de Boecio, una sustancia individual de naturaleza racional. La genética moderna confirma que cada ser humano, incluso en el aspecto físico es único e irrepetible, contando desde el primer hombre hasta el último que exista nunca, y, por tanto, sustancia individual en el sentido más radical del término. **Entendimiento y voluntad**, potencias inherentes a la naturaleza racional, tienen como objetos propios la verdad y el bien respectivamente, y constituyen **condición sine qua non de la libertad**. No actúan con trayectorias paralelas, sino que interaccionan continuamente a lo largo de la vida del hombre. Sin un adecuado conocimiento de un acto y sin el deseo de llevarlo a cabo, no se puede considerar ese acto como libre.

**El ocultamiento deliberado del fin próximo de la vida** supone anclar al hombre a su penúltima voluntad con la cadena de la mentira, impidiéndole así completar su plena y libre realización como persona.

**En ocasiones la cadena no es sólo conceptual sino también farmacológica.** La privación de la conciencia sin más motivo que evitar la vivencia lúcida de los últimos momentos de la existencia, realizada a espaldas del protagonista, conlleva la mismas consideraciones expuestas en el párrafo anterior.

### 3. Cuidados paliativos

El objetivo primero del médico ante un paciente es la curación de su dolencia, pero hay situaciones en las que no está a su alcance. La Medicina Paliativa, desde la perspectiva del respeto absoluto debido a toda persona y ante los límites terapéuticos de la propia medicina, pasa a controlar entonces los síntomas de la enfermedad, especialmente la presencia de dolor, acompañando al enfermo hasta la muerte. Estos cuidados son proporcionados en la actualidad por **equipos multidisciplinares de profesionales cualificados**.

En muchos casos, los equipos de cuidados paliativos facilitan la presencia del paciente en su **domicilio**, aportando un beneficio emocional indudable y realzando su dignidad de persona, merecedora de cariño y atención hasta el último momento de vida. También los que le rodean tienen así ocasión de aprovechar el contacto con realidades cotidianas como la enfermedad o la muerte.

La **Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)** en su introducción a la historia de los Cuidados Paliativos y del movimiento Hospice los define como *“un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere”*.

*“ Los cuidados paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida ni tampoco aceleran la muerte. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal y en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos. La atención después del fallecimiento es fundamental para los miembros de la familia y algunos amigos. Los voluntarios juegan un rol importante en el soporte de la familia.”*

#### **4. La muerte**

La muerte es un **fenómeno natural, universal y único**. Es natural en el sentido de que, si no median causas antinaturales (asesinato, etc), se produce siempre como consecuencia de accidentes, enfermedades y/o envejecimiento ocasionados en la relación con el medio ambiente o con procesos de desgaste fisiológico. Es universal, porque, mediando una u otra circunstancia, todos los hombres han muerto y morirán. Es único porque el propio concepto de muerte (término de la vida) entraña la irreversibilidad y a cada persona le acontece una sola vez.

De lo anterior se deriva que si la muerte es un fenómeno natural y universal, está en manos de los profesionales de la salud poner los medios a su alcance para evitarla, pero siempre habrá un último momento en el que, pese a todos sus esfuerzos, llegará de forma inexorable. El fracaso del ejercicio profesional no es por tanto la muerte misma, sino la negligencia en sus diversas formas y grados.

Nadie puede dar lo que no tiene. La muerte es la continuación de la vida y ha de ser **objeto de reflexión** durante la misma. Una vez integrada naturalmente dentro de los parámetros existenciales del profesional no representa una situación incómoda y marginada en el quehacer cotidiano, sino un aspecto más del mismo.

Cualquier **momento único** en la vida de una persona es importante por el hecho de ser único; en el caso de la muerte es **especialmente importante** (que no es sinónimo de agradable, placentero o gratificante) por ser además el último. Bajo este prisma se han de analizar frases como "*a mí tampoco me gustaría enterarme*" o "*yo personalmente estoy seguro que lo pasará muy mal*", frecuentemente pronunciadas por familiares o amigos, sanos, alejados del epicentro de la enfermedad.

Pese a vivir en una cultura en la que la eliminación de los incómodos llega a ser considerada un signo de progreso, la muerte no está de moda. El traslado masivo de las vivencias de enfermedad, fallecimiento y exequias desde los domicilios familiares a los hospitales y tanatorios ha contribuido a ello. Esta circunstancia, derivada de la moderna organización de la sanidad y los servicios funerarios, facilita el arrinconamiento social de la muerte.

El espectáculo cotidiano de guerras, actos terroristas, catástrofes, etc, en los que muere gente de forma masiva, produce además la trivialización inconsciente de la muerte y la pérdida de su sentido profundamente personal, que sucumbe ahogado en el anonimato estadístico.

La asunción del carácter natural y universal de la muerte puede facilitar su aceptación, pese al desgarrador existencial que supone la conciencia de ruptura del universo físico. El miedo al dolor moral (separación de seres queridos, incertidumbre ante el más allá, etc) o físico, y al desahucio en el peor sentido de la palabra, es decir, ser considerados durante sus últimos días como un desecho social por su enfermedad y expectativas, representa una gran fuente de angustias en los pacientes terminales. Una **actitud de sincero cariño por parte de los allegados y del equipo asistencial, junto con la atención espiritual y el control de los síntomas**, facilitando la resolución de todos los conflictos personales acumulados a lo largo de la vida que termina, constituyen el mejor remedio ante dichas angustias.

## 5. Eutanasia y encarnizamiento terapéutico

Dos cuestiones se plantean con cierta frecuencia en la sociedad contemporánea en torno al paciente terminal: la posibilidad de provocar la muerte a demanda y la de defenderse de una excesiva y deshumanizadora tecnificación en las últimas fases de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **eutanasia** como aquella "*acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente*".

Esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del otro. La eutanasia se puede realizar **por acción directa**, v.g. proporcionando una inyección letal al enfermo, o **por omisión**, v.g. no proporcionando el soporte básico para la supervivencia del mismo. En ambos casos, la finalidad es la misma: acabar con una vida enferma.

Los **argumentos** a favor y en contra de la eutanasia se dividen en tres grupos: los relacionados con el consenso, la dignidad de la persona humana y la autonomía personal.

#### **El consenso:**

Los derechos humanos no son otorgados por el número de votos obtenidos, ni por la sociedad, ni por los partidos políticos, aunque deben siempre reconocerlos y defenderlos. No se basan tampoco en el consenso social, ya que los derechos los posee cada persona, por ser persona. Las votaciones parlamentarias no modifican la realidad del hombre, ni la verdad sobre el trato que le corresponde.

Hay quien asume equivocadamente el principio legislativo como la única fuente de verdad y de bien, dejando la vida humana a merced del número de votos emitidos en un Parlamento. Las legislaciones sobre el aborto, la clonación humana, la fecundación extracorpórea y la experimentación embrionaria son consecuencia de la aplicación del principio de las mayorías.

#### **La dignidad de la persona humana:**

La dignidad de la persona humana, al igual que la libertad, es algo intrínseco a ella y no definido por las circunstancias externas: el ser humano siempre, en todo caso y situación es excepcional e irrenunciablemente digno por sí mismo. También se puede considerar la dignidad en otro plano, el que define el diccionario como "gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse". En ambos casos la dignidad "nace" de la persona, no es un regalo de la sociedad ni del entorno.

El nacer y el morir son sólo hechos. No pueden ser tenidos como dignos o indignos según las circunstancias en que acontezcan.

#### **La autonomía personal:**

"El derecho a morir no está regulado constitucionalmente, no existe en la Constitución la disponibilidad de la propia vida como tal" [\(1\)](#). El derecho absoluto sobre la vida conllevaría otros derechos como la posibilidad de vender los propios órganos, de alquilar el cuerpo para experimentación sin límite de riesgo, de comerciar con el espectáculo de la propia muerte, de aceptar voluntariamente la esclavitud, etc.

El hombre, siendo una totalidad en sí mismo, es a la vez social por naturaleza. Nace, independientemente de su voluntad, inserto en un momento histórico determinado, y asimila a lo largo de su vida el bagaje de conocimientos de la sociedad que le rodea, que a su vez contribuye a enriquecer. Vive en interacción dinámica con su entorno natural y social, sin el cual la supervivencia sería imposible. Por todo ello, el rechazo frontal a la vida no sólo es contrario a la naturaleza de la condición humana, sino también a la sociedad. Además, la persona que sufre tiene derecho a esperar de la sociedad en la que vive el soporte necesario para mitigar su padecimiento físico o moral.

El principio de autonomía forma parte de los fundamentos de la bioética. Subraya la libertad del individuo de decidir frente a las propuestas del entorno. No anula la responsabilidad inherente a dichas decisiones. No es un absoluto en sí mismo; carece de sentido sin las referencias de los demás principios de la bioética y del resto de la comunidad. Es abiertamente contradictorio invocarlo de forma aislada y a fin de obtener el respaldo mayoritario de la sociedad a una acción radicalmente antisocial. El apoyo a las diferentes formas de escapismo (conductas marginales, drogadicción, o en su forma más extrema, los diversos tipos de suicidio) invierte el genuino sentido de la solidaridad, que, correctamente entendida, no consiste sino en un compromiso radical en el alivio del paciente. Ninguna vida humana es dispensable o indigna de ser vivida.

El acto médico se basa en una relación de confianza donde el paciente confía al médico el cuidado de su salud, aspecto primordial de su vida, de sí mismo. En la relación entre ambos no puede mediar el pacto de una muerte intencionada.

Las difíciles circunstancias que provocan algunas enfermedades o una experiencia familiar desagradable pueden ser causa de una posición personal a favor de la eutanasia. Pero los casos extremos no generan leyes socialmente justas, por las dificultades que estos mismos comportan. La aceptación del acto de matar intencionadamente a un paciente como solución para un problema abre el camino a otros problemas para los cuales matar sea la solución.

**La eutanasia no resuelve los problemas del enfermo, sino que destruye a la persona que tiene los problemas.**

En 1991 se llevó a cabo en Holanda una encuesta anónima entre los médicos holandeses tras un tiempo de vigencia de la despenalización de la eutanasia con el fin de conocer su praxis cotidiana a este respecto. Los resultados, recogidos en el **Informe Remmelink**, señalaron que anualmente se llevaban a cabo 2.300 eutanasias a petición del paciente. Además hubo 400 casos de cooperación al suicidio; 1.000 de eutanasia sin que mediara petición alguna del paciente; 5.800 en que se retiró o no se inició un tratamiento útil a petición del paciente y, a consecuencia de ello, murieron 4.756 enfermos. De los 25.000 casos en que se retiró o se omitió un tratamiento sin que mediara petición del paciente, en 8.750 esta acción se realizó con la intención de terminar con su vida. De los 22.500 pacientes que murieron por sobredosis de morfina, la dosis se administró con la intención de acelerar la muerte en 8.100 casos.

El Informe Remmelink puso de manifiesto también que el 51% de los médicos en Holanda consideraban la eutanasia involuntaria una opción digna de ser tenida en cuenta y el 41,1% de los médicos entrevistados la había realizado. (R. Fenigsen, "The Report of the Dutch Governmental Committee on Euthanasia", Issues in Law & Medicine 1991; 7: 339-44)

El **encarnizamiento terapéutico** es la aplicación a un paciente terminal de "*tratamientos extraordinarios de los que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente*" (Asociación Médica Mundial, 1983) y constituye una práctica éticamente reprobable. El artículo 28.2 del Código de Ética y



Deontología Médica de la Organización Médica Colegial del Estado, dice que “en caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre.

A partir de lo anterior, se deduce que los enfermos terminales han de recibir siempre los medios terapéuticos ordinarios, pudiendo, según los casos, omitirse los extraordinarios. La frontera entre medios ordinarios y extraordinarios no es algo nítido y perfectamente delimitado, dependiendo en cada caso de múltiples circunstancias. El límite de atención que no puede ser sobrepasado sin atentar directamente contra la vida, es el de la cobertura de las necesidades vitales mínimas, fundamentalmente alimentación e hidratación, así como transfusiones y medicación de uso común.

En determinados casos se plantea la administración de sedantes conocida como **sedación terminal**. "Se entiende por sedación terminal la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente"[\(2\)](#). El recurrir al consentimiento implícito o delegado cuando el paciente puede conocer la información quita al moribundo su derecho a afrontar el acto final de su vida: su propia muerte. La familia y el médico suplantando entonces al enfermo y lo despojan del conocimiento de esta decisión.

El verdadero respeto a los derechos del paciente pasa por hacerlo partícipe de las decisiones sobre su cuidado, aunque éstas hayan de pasar por una información desagradable.

La sedación terminal es éticamente correcta cuando:

- \* El fin de la sedación sea mitigar el sufrimiento;
- \* La administración del tratamiento busque únicamente mitigar el sufrimiento y no la provocación intencionada de la muerte;
- \* No haya ningún tratamiento alternativo que consiga los mismos efectos principales sin el efecto secundario que sería el acortamiento de la vida. Entonces la acción es correcta y éticamente aceptable.

**La verdadera alternativa a la eutanasia y al encarnizamiento terapéutico es la humanización de la muerte.** Ayudar al enfermo a vivir lo mejor posible el último periodo de la vida. Es fundamental expresar el apoyo, mejorar el trato y los cuidados, y mantener el compromiso de no abandonarle, tanto por parte del médico, como por los cuidadores, los familiares, y también del entorno social.

## 6. Pena de muerte

- *Lo lamento- dijo Frodo -; estoy asustado y no siento ninguna lástima por Gollum.*
- *No lo has visto- interrumpió Gandalf.*
- *No, y no quiero verlo- replicó Frodo-. No puedo entenderte ¿Quieres decir que tú y los Elfos habéis dejado que siguiera viviendo después de todas esas horribles hazañas? Ahora, de cualquier modo, es tan malo como un orco, y además un enemigo. Merece la muerte.*
- *La merece sin duda. Muchos de los que viven merecen la morir y algunos de los que mueren merecen la vida. ¿Puedes devolver la vida?. Entonces no te apresures a dispensar la muerte, pues ni el más sabio conoce el fin de todos los caminos.../...*

(JRR Tolkien, El señor de los anillos, tomo I La comunidad del anillo, capítulo II)

La aproximación a la muerte que se ha intentado en las páginas precedentes quedaría incompleta sin unas consideraciones sobre **aquellas situaciones en las que se pide la colaboración del profesional sanitario para la provocación de la muerte sin mediar enfermedad.**

El problema se había planteado desde antiguo con respecto al aborto o la tortura. Recientemente la introducción de la inyección letal como método de ejecución ha convertido al profesional sanitario en verdugo.

*“Art 30.1*

*El médico jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o malos tratos cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos a la autoridad competente.*

*.../...*

*Añade el artículo 30.1 a las normas de la Declaración de Tokyo la obligación del médico de denunciar la tortura y los malos tratos a la autoridad competente. Esto puede significar, en ciertas circunstancias, sacrificios o riesgos no pequeños. Cuando, por las circunstancias sociopolíticas no sea posible cumplir el deber de denunciar a la autoridad competente las prácticas de tortura que el médico ha conocido con ocasión de atender a algunas víctimas, ni tampoco denunciar a los colegas que han intervenido en ellas, el médico procurará comunicar esos extremos a algunos colegas en el extranjero, a los directivos de la Asociación Médica Mundial, o a las asociaciones internacionales que velan por el respeto a los derechos humanos. Conviene recordar que la denuncia no puede tener matices políticos: su contenido se refiere exclusivamente al uso malo hecho de los conocimientos y destrezas del médico.*

*La Asociación Médica Mundial ha condenado igualmente la participación del médico en la ejecución de la pena capital, en una resolución adoptada en Lisboa, en 1981”. [\(3\)](#)*

Los textos precedentes definen el contexto del problema y las repercusiones, a veces heroicas, que se derivan del análisis ético por parte del profesional. Este enfoque no es una opción más entre otras, no es una mera circunstancia: pertenece a la esencia de la profesión. La relación entre el profesional sanitario y la persona atendida entraña valores de índole tal que, si son conculcados, cambian la esencia misma de la profesión transformándola en algo diferente (v.g médico vs verdugo).

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. **J.A. Belloch** en C. Fibla. *Debate sobre la eutanasia*. Ediciones Planeta, Barcelona 2001
2. **J. Porta, C. Guinovart, E. Ylla-Catalá, A. Estibalez, I. Grimau, A. Lafuerza, M.Nabal, C. Sala, A. Tuca.** *Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano-balear. Medicina Paliativa*, Madrid, 6:3; pp 108-115. 1999
3. **Herranz, G.** *Comentarios al Código de Etica y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial*. EUNSA, Pamplona 1992