

Decisiones prudentiales ante enfermedades terminales. El caso de la hidratación y alimentación artificial

Enrique H. Prat

Jornada de Bioética

Pamplona, 23 de mayo de 2009

Permítanme que empiece con un caso clínico que permita centrar conceptualmente el tema, acercándonos a la vida real.

Un varón de 78 años es ingresado en un departamento de medicina interna bajo la sospecha de trastornos de la circulación cerebral. Los parientes informan haber observado un comportamiento alterado en las últimas semanas: el enfermo, por ejemplo, no encontraba su domicilio, después de hacer sus compras, y, en ocasiones, hablaba sin sentido de distintas cosas.

A su ingreso el paciente está desorientado temporal y espacialmente, habla de modo confuso y sin sentido. En la exploración clínica se observa una cierta deshidratación y temperatura subfebril. En la radiografía del tórax se le diagnostica un pequeño infiltrado en el pulmón izquierdo. Se inicia una medicación con antibióticos, infusiones y sustancias favorecedoras de la circulación.

Mientras que la neumonía se consigue controlar en pocos días, hay en cambio un rápido empeoramiento de la situación cerebral. El enfermo ya no reconoce a los miembros de su familia, hay que darle de comer, orina junto a la cama, comienza a mostrarse cada vez más agresivo y ya no reacciona a los tranquilizantes.

Al no poder controlar el predominante cuadro demencial se decide el traslado del enfermo a un hospital psiquiátrico. En los días siguientes sigue agravándose el grado de confusión y se sospecha una meningitis, por lo que el enfermo es trasladado a un departamento neurológico.

A su ingreso el enfermo sigue somnoliento, reaccionando con movimientos descontrolados a los estímulos dolorosos. Se realiza una completa exploración neurológica con punción lumbar, EEG (Electroencefalograma), varias tomografías computerizadas (TAC), etc.

Finalmente se le diagnostica una demencia vascular, y después de una estancia de dos semanas el paciente regresa de nuevo al hospital psiquiátrico. Al reingresar el enfermo sigue estando somnoliento, sin apenas poderse levantar de la cama y necesitando de una atención personal durante las 24 horas del día. Apenas puede deglutir, por lo que a los pocos días se le traslada a un departamento de medicina interna para solucionar el problema de su alimentación (“alimentación artificial”).

A su llegada el enfermo abre los ojos de vez en cuando, pero no responde a las preguntas y apenas reacciona a los estímulos dolorosos. Se inicia un tratamiento con soluciones intravenosas, así como el de una úlcera de decúbito.

La familia está tranquila, pues piensan que “se está haciendo todo lo que es posible”.

En la visita médica el jefe del departamento plantea qué sentido tiene aplicar un tratamiento con infusiones a un enfermo moribundo y recomienda su retirada, y dejar que el enfermo muera tranquilamente, ¡pues aquí sólo estamos prolongando de una manera innecesaria el proceso de la muerte!

Esta intervención desencadena una discusión muy apasionada entre los médicos y el personal sanitario. Los médicos, que tratan al enfermo, están totalmente en contra, si bien reconocen que este tipo de tratamiento no tiene sentido, pues no hay esperanzas de una mejoría, pero justifican su postura con dos argumentos: primero, los familiares se quedan tranquilos, y, segundo, no sabemos si el enfermo tiene sed o no. El jefe objeta

que esto último es muy improbable, y que en este sentido también habría que calmar una posible hambre y, por lo tanto, alimentarle igualmente. El personal sanitario (enfermeros y enfermeras) adopta también una doble postura: algunos son partidarios de suprimir el tratamiento con líquidos; otros se niegan absolutamente, pues no se ven emocionalmente capaces de seguir cuidando de un enfermo, por el que los médicos ya no hacen nada. Los médicos, en su mayoría, se unen a esta postura, y el enfermo sigue recibiendo infusiones, sin que el jefe se entere.

Durante el fin de semana, que sigue a esta visita, el enfermo tiene fiebre. El médico de guardia (que normalmente atiende otras salas del departamento) supone que se trata de una neumonía como consecuencia del mal estado general del enfermo y dispone la administración intravenosa de antibióticos. El enfermo supera la crisis, y la fiebre desaparece. En el curso de los días siguientes se estabiliza la situación, y el paciente reacciona con palabras incoherentes cuando se le habla. Se sigue el plan de infusiones, aunque las calorías administradas están por debajo de lo necesario.

Una semana después hay una nueva visita con el médico jefe. En esta ocasión se acuerda la supresión del plan de infusiones, dando de beber al enfermo en la medida en la que él lo tolere. El enfermo es trasladado a una habitación separada (“Sterbezimmer”), que permite la visita y la compañía de sus parientes durante las veinticuatro horas del día. Se les ha informado de que el pronóstico es infausto. Pocos días después fallece el enfermo.

Uno de los problemas más engorrosos en la práctica médica es sin duda alguna el de la retirada del tratamiento que se presume ya inútil cuando se ve cercano el término de la vida. Esta retirada no afecta naturalmente a medidas paliativas, como por ejemplo terapias analgésicas, al contrario, esas son las únicas que se mantienen, sino sólo a aquellas otras que por su naturaleza están dirigidas a alargar la vida, pero que en algunos casos pueden alargar sólo los sufrimientos y el proceso letal.

Curar, aliviar y consolar son los tres objetivos clásicos del arte médico. La opción activa por la muerte no es ni será nunca una decisión médica y moralmente no es lícita ni para sí, ni para con el prójimo. Por eso la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico nunca debe tener la intención de matar. No puede ser una decisión de acabar con una vida humana. Hacer uso del arte médico para ese fin sería un abuso de la ciencia, que como digo sólo se concibe con ese triple fin: curar, aliviar y consolar.

Pero ¿cómo se compagina eso con el principio de autonomía, que hoy se considera como principio prioritario especialmente por la bioética de origen americano? ¿El derecho de autodeterminación del hombre incluye el de libre disposición sobre la propia vida? Hoy algunos expertos afirman que sí. ¿Pero qué sentido puede tener tal afirmación, cuando la existencia del hombre es el fundamento de todos los derechos incluso del de autodeterminación? Incluir dentro del derecho de autodeterminación el de suprimir la propia existencia, supondría relativizar la vigencia de todos los demás derechos, que pasarían a ser arbitrarios. Si yo puedo suprimirlos legítimamente de golpe los convierto en arbitrarios y su exigencia tiene poca fuerza obligatoria. Al que reclama un derecho incómodo para los demás sería cómodo y legítimo preguntarle: ¿por qué exige usted ese derecho y no se retira de la existencia dejándome a mí en paz?

Nadie puede pretender tener derecho a fijar el final de su existencia, la fecha de su muerte, y mucho menos la de su prójimo, del mismo modo que nadie pudo influir en la decisión que dio lugar a su existencia, a su nacimiento. Pero la fundamentación de estos principios del ethos médico no es aquí nuestro tema.

Es un hecho que ante un paciente terminal el médico está más inclinado a la actividad que a la inactividad. Un no actuar es interpretado como la confesión de impotencia, mientras que una acción manifiesta una esperanza aún no desvanecida. En estos ca-

La acción no necesita ninguna justificación especial, siempre que esté dentro del espectro de las posibles terapias previstas en la práctica médica, es decir sea *lege artis*; en cambio una omisión reclama siempre una justificación: ¿Doctor, por qué no hace nada?, ¿no podríamos hacer un nuevo intento? Esto explica que el médico demore, a veces por tiempo indefinido, la decisión de retirar o reducir un tratamiento fútil, sobre todo cuando el mismo paciente, su familia e incluso el mismo médico no han aceptado el hecho incontrovertible de una muerte ya muy próxima e inevitable. Sin embargo la indecisión del médico que duda entre la suspensión o prolongación del tratamiento no debe interpretarse con ligereza como una vacilación superficial. Podría ser también una ponderación prudente y responsable de las circunstancias fatales que plantean tanto al enfermo, como a sus parientes y también al médico muchos interrogantes.

Las decisiones, de las cuales se trata aquí, son médicamente tan difíciles, porque la medicina no es una ciencia exacta que permite predecir si una terapia, que ha sido eficaz hasta un cierto estadio de la enfermedad, lo seguirá siendo en una fase más avanzada, o que una terapia que ha tenido buenos efectos en unos pacientes los tendrá también en otros, y tampoco se puede estar seguro de que lo que ha sido intentado en vano repetidas veces, quizás sea efectivo tras otros cuantos intentos más. Los parámetros disponibles para determinar el “point of no return”, del paso de la vida a la muerte son muy poco exactos. La ciencia médica construye sus teorías por el método inductivo. Es por tanto un conocimiento, como decía Popper, conjetural. Sus hipótesis van siendo corroboradas estadísticamente por estudios empíricos siempre de forma provisional, mientras no aparezca el dato falsificador de la hipótesis.

Pero la dificultad en la toma de decisión de limitar la terapia de pacientes presumiblemente terminales puede bien deberse a que la cuestión este mal planteado. En la literatura sobre la limitación del esfuerzo terapéutico se encuentran a menudo descripciones de intervenciones médicas que o bien equivalen a decir que el médico decide sobre vida y muerte, p. ej. que él retrasa o acelera al proceso de muerte, o incluso suponen la intención de causar directamente la muerte. Normalmente estas descripciones de la acción médica no son éticamente correctas. Aunque no se debe excluir que por desgracia un médico pueda tener también la intención de matar, cuando en enfermos terminales se renuncia a tratamientos, que por lo general se aplican para prolongar la vida, porque no hay ya esperanza fundada de que tal efecto se produzca, es incorrecto hablar de intención de matar al paciente. Simplemente se está renunciando a seguir con los intentos, hasta entonces vanos, y a interrumpir el proceso que precipita hacia la muerte. Cuando el médico llega a la convicción de que el tratamiento es inútil, no produce ya los efectos médicos deseados, no sólo está permitida la renuncia sino que moralmente hay que proceder a ella, y evitar a toda costa lo que se ha venido en llamar el encarnizamiento terapéutico. En la agonía del paciente el activismo no es ya justificable.

Naturalmente la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico puede resultar emocionalmente difícil, a veces traumática, para médicos y enfermeros, sobre todo cuando se percibe como causa directa o indirecta de la muerte del paciente. El problema estriba en que con frecuencia ni los médicos ni los enfermeros dominan la terminología ética, y perciben éticamente su propia acción de modo deficiente. Hay una diferencia categórica entre la moralidad de la acción de intentar la muerte de una persona, y la acción que no excluye una eventual muerte, como posible efecto colateral, cuando el efecto principal de acuerdo con las reglas de la acción de doble efecto esté moralmente justificada. Causar la muerte de un inocente de forma directa y deliberada no tendrá nunca justificación moral. En cambio la retirada de terapia puede entrar dentro de este segundo tipo de acciones (p. ej. si un derivado de morfina para paliar un dolor enorme del enfermo terminal tiene como posible consecuencia la muerte no explícitamente intencionada). Sin

embargo en el enfermo terminal la muerte en muchos casos ya no es un efecto directo de la acción u omisión del médico, sino un acontecimiento cronológicamente coincidente con dicho actuar u omitir, que por su misma futilidad ya nada influye, o sólo de modo moralmente irrelevante, en el proceso letal.

Entre lo que debería hacerse y lo que ya está de más o entre lo que moralmente se debe hacer y moralmente se debe omitir no hay una línea divisoria clara y precisa, sino que es más bien una zona difusa en la que es difícil moverse. No hay fórmula exacta o regla clara que nos descargue de la responsabilidad de ponderar un sinfín de circunstancias y tomar una decisión con certezas relativas.

La justificación ética de la reducción se basa en tres dictámenes, que sólo competen al médico:

- (a) El proceso de enfermedad está avanzado.
- (b) No existe ya ninguna medida terapéutica que con esperanza de éxito.
- (c) Un nuevo intento podría tener efectos secundarios nocivos o reducir la calidad de vida del paciente.

Es el médico quien, desde su perspectiva deontológico profesional de abogado de la vida en todas sus fases, ponderará estos tres dictámenes y emitirá su juicio. Éste será un juicio muy serio en el que entrará en juego su competencia médica. Pero la como decía antes los conocimientos médicos son conjeturales. Se apoyan en estudios estadísticos realizados con colectivos diversos, a veces poco homogéneos; si la teoría concreta es aplicable o no al caso particular que el médico tiene delante en la clínica, es algo incierto, que debe valorar él y no le viene dado por ninguna teoría. El médico necesita apelar a sus conocimientos de la persona del enfermo, a su experiencia médica y los principios éticos generales y a los deontológico-médicos en particular. Es decir, también a su conciencia.

De ese juicio puede depender nada menos que la vida o la muerte del paciente. El médico está llamado a emitir por tanto un juicio prudencial. Prudencial porque es la virtud de la prudencia la que perfecciona la razón práctica en su cometido de tomar decisiones. Pero los juicios prudentiales no admiten superficialidades ni atolondramientos, no se dejan llevar de emociones desenfundadas ni de intuiciones no contrastadas. Son juicios ponderados que maduran en la conciencia.

Con la certeza y firmeza de toda su obra S. Tomás de Aquino muestra que la decisión prudencial se lleva a cabo en tres actos (STh II-II, q. 47 a. 8). Es un esquema sencillo que ya intuitivamente convence: *consilium*, *iudicium* et *imperium*.

El primer acto es la deliberación, que incluye el adecuado y competente asesoramiento.

El segundo acto es el juicio: la decisión sobre lo que hay que hacer.

El tercer acto es el mandato: manos a la obra.

Una decisión prudencial exige por tanto un estudio minucioso y una valoración de las diversas circunstancias a la luz de los conocimientos científicos y de la propia experiencia. Exige además y sobre todo un asesoramiento competente, ya que uno no puede ser experto en todos los aspectos de la cuestión planteada. Aunque la meta esté clara, antes de actuar hay que haberse hecho con una imagen lo más precisa posible de la realidad. El fin de la deliberación (*consilium*) es llegar a obtener certeza moral sobre lo que se debe hacer y los medios a utilizar.

La prudencia no es una virtud que funciona con varita mágica sino que tiene un itinerario discursivo-práctico que nada menos que el propio Santo Tomás de Aquino dejó ya perfectamente perfilado en su Suma Teológica (II-II, q 49 a. 1-8). Se trata de las

ocho virtudes integrales de la prudencia. Es decir aquellas que la componen. Algunas son virtudes intelectuales y otras son virtudes morales. Y es así porque la prudencia como es sabido es la única virtud cardinal que pertenece a ambos géneros.

Primero cita la memoria (lat. memoria), que en este caso bien quiere decir tener muy presente los datos de la experiencia concreta y ponerla al servicio de la valoración actual; pero también habrá que poner en acción la virtud intelectual del entendimiento o ciencia (intellectus) que nos facilitará los conocimientos de tipo general aplicables al caso concreto, desde los primeros principios hasta los datos de evidencia científica; la docilidad (docilitas) llevará a buscar, escuchar y seguir el buen consejo, siempre necesario sobre todo en cuestiones complejas; y la sagacidad (solercia) que es la virtud de saber hallar rápidamente lo que conviene; por supuesto hará falta la virtud intelectual de razonar bien, que es a lo que se refiere el Santo cuando incluye la ratio en la lista; y luego la previsión (providentia) pues como bien dice el refrán “más vale prevenir que curar”; la circunspección (circumspectio) para considerar bien las circunstancias relevantes a la cuestión que está en liza y por fin la precaución a la que en lenguaje vulgar muchas veces se reduce la virtud de la prudencia: ser prudente es ser cauto.

Estas ocho partes integrales de la prudencia llevan al juicio de la razón práctica y también a la toma de decisión.

Naturalmente los mandamientos, reglas y máximas, es decir las fórmulas normativas verbales, pueden ser una ayuda para tomar estas decisiones. En efecto, haciendo explícitos los principios a aplicar, se puede facilitar la ponderación prudencial de todos los factores y circunstancias, pero esa ponderación nunca acabará en una fórmula matemática con resultado exacto. Una decisión prudencial, es decir una decisión sobre el comportamiento moral bueno en una situación real concreta, nunca se puede tomar sin una ponderación de las circunstancias específicas de la situación, que por ser infinitas no pueden ser abarcadas en su totalidad.

La decisión prudencial es precisamente prudencial porque no es el resultado necesario, unívoco y único de una deducción lógica sin ninguna indeterminación. Ni la medicina es una ciencia natural exacta ni la ética nos proporciona una regla inequívoca para la acción. Al final hay que tomar una decisión en la que no se han despejado todas las incógnitas, pero habrá que asegurarse que sí se han despejado las más importantes y que las que quedan no pueden influir en el resultado. La certeza de la ciencia médica es – como he dicho antes– una certeza más que nada estadística y las certezas estadísticas tienen una fuerza coercitiva moral sólo relativa al aplicarlas al caso particular. ¿Estoy obligado a someterme a una terapia que sólo ha producido efecto en el 5% de los casos, o en el 20% o en el 30 % o en el 40%? Hay muchos factores, además de los conocimientos que me proporciona la medicina a tener en cuenta en las decisiones prudenciales.

La profesión médica ha tenido siempre una gran sensibilidad ética. Ninguna otra profesión ha dedicado desde la antigüedad tanto esfuerzo a definir su identidad moral. Para el médico el cultivo de la ciencia médica y la valoración de su propia experiencia han ido siempre muy unidos a lo que bien se podría llamar el cultivo de la propia conciencia. El cultivo de la conciencia consiste en adquirir y mantener muy despierta esa sensibilidad ética, necesaria para afrontar muchos problemas, hoy más que hace siglos. Para ello no hay otra receta que cultivar las virtudes, en especial la virtud de la prudencia. Pero la bioética es en si una ética que reflexiona en tercera persona, es decir en la que el que juzga es siempre espectador que se sitúa fuera de la acción, y para convertirse en reflexión eminentemente práctica necesita siempre el complemento de ética de las virtudes. Éste es el punto flaco de los planteamientos de bioética en el ámbito anglosa-

jón y también en el alemán. En los Estados Unidos cabe mencionar la excepción de Edmund Pellegrino.

El caso especial de la retirada de la alimentación e hidratación

Un tema muy debatido en la ética médica es el alcance de la obligación de la alimentación e hidratación a algunos enfermos terminales sobre todo cuando hay razones para presumir que tales acciones suponen una prolongación del sufrimiento sin que haya un beneficio para la salud del paciente. Dentro de este debate se cuestiona también si hay una distinción entre alimentación e hidratación naturales y artificiales.

En 2004 Juan Pablo II tomó postura clara en esta cuestión en un discurso a los participantes en un congreso de especialistas de neurología. Su declaración ha suscitado muchas discusiones, extrañeza e incompreensión sobre todo en el ámbito de la profesión médica:

“En particular, quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos.”

Tanto a los médicos católicos como a los no católicos les cuesta comprender que la alimentación artificial no es un acto médico. Aunque el Papa se estaba refiriendo especialmente a enfermos en estado vegetativo persistente, si las palabras del Papa se pudieran interpretar como un rotundo no a la posibilidad de retirar o renunciar la nutrición e hidratación artificial, entonces supondría también que para la doctrina católica la renuncia expresa de un paciente –oral o en declaración anticipada de voluntad– a este tipo de alimentación sería un suicidio. ¿Es esta interpretación realmente correcta?

Para darse cuenta de la importancia de la cuestión, es necesario profundizar.

Tomemos la primera parte de la declaración: “En particular, quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías **artificiales**, representa siempre un medio **natural** de conservación de la vida, no un acto médico”. No se trata por tanto de un tratamiento sino de un cuidado normal al que todo el mundo sano o enfermo tiene derecho.

Lo que contrarió sobremanera a muchos representantes de la profesión médica fue la calificación de la alimentación artificial como acto no médico. ¿Quiénes sino sólo los médicos son los que implantan las sondas nasogástricas o realizan la enterotomía para introducir la correspondiente sonda en el estómago o la sonda transfistula de la alimentación enteral? ¿Quiénes sino sólo los médicos son los que colocan los catéteres intravenosos para la nutrición parenteral? Y ¿Quiénes sino sólo los médicos se hacen responsables de las sustancias que han de ser administradas así como de su dosificación? ¿Cómo se explica esta negativa en el discurso pontificio?

Por otra parte el texto plantea algunas cuestiones como: ¿no habrá una cierta contradicción terminológica cuando se habla de las mismas cosas una vez como “vías artificiales” y después “medios naturales”? ¿No se presta a cierta confusión que “las vías artificiales de administración de agua y alimento” sean “medios naturales de conservación de la vida”? ¿Puede algo ser al mismo tiempo natural y “artificial”? Se trata de una contradicción sólo aparente.

Primero hay que distinguir entre dos acepciones de natural que se están usando en el texto citado. Por un lado natural como contrapuesto a técnico. Es el uso del concepto en las ciencias naturales. En este sentido se está usando el término de “vías artificiales”. Y por otro lado se hace referencia a “natural” en el sentido de la filosofía moral, es decir

derivado de la naturaleza, como principio de operaciones, que percibimos por la razón. En este sentido la alimentación y la hidratación, natural o no en sentido biológico, son siempre algo natural, es decir una obligación moral.

Además haciendo la distinción entre el “qué” y el “cómo” de la acción de alimentar e hidratar, o sea, entre el objeto (lo que hacemos) y el modo (cómo lo hacemos) de la acción se resuelve fácilmente la aparente contradicción.

Con respecto al “qué”, es decir al objeto de la acción de alimentación e hidratación: Es connatural al hombre alimentarse y por tanto buscar el alimento y tomarlo. Por su inclinación natural a la conservación y al bienestar el hombre busca líquido y alimento como por instinto. Hambre y sed son sensaciones prerracionales que señalan una necesidad existencial de alimento y líquido. La alimentación es no sólo en sí una actividad natural y función existencial, sino condición de posibilidad para que el hombre se desarrolle como hombre. Es decir, la alimentación corresponde también a la naturaleza del hombre como ser racional, ya que sin las funciones de alimentación e hidratación no puede mantener y desarrollar sus facultades racionales. Por eso, existe la obligación moral de alimentarse e hidratarse, dejarse alimentar e hidratar, así como alimentar e hidratar a un tercero que no puede hacerlo por sí mismo (p. ej., un niño de pecho, un paciente en coma). En una palabra, la acción de la alimentación e hidratación es siempre un medio natural porque el hombre tiene una apetencia natural razonable de alimentación y bebida. Pertenece de la naturaleza del hombre alimentarse y beber.

En cuanto al “cómo”, es decir a la ejecución de la alimentación: La acción de alimentación sucede en tres etapas: la preparación, la ingestión y el aprovechamiento de los alimentos. La tabla muestra diferentes modos de organización de las tres etapas. La alimentación se lleva a cabo por medios naturales cuando se da 1.1., 2.1.1. ó 2.1.2. y 3.1., artificialmente cuando se da 1.2. ó 2.1.3., 2.2.1. ó 2.2.2 ó 3.2. En medicina se habla de alimentación artificial sólo desde 2.2.1, 2.2.2. y 3.2. pero no en 2.1.3 y 1.2. Por lo tanto la alimentación con ayuda médica no es la única que debe ser llamada artificial. Hay también un modo de alimentación artificial (p. ej., la ingestión de alimentos preparados), incluso la que está asistida médicamente (2.1.3) y se distingue sin embargo básicamente de la alimentación artificial en el sentido usado en medicina.

1. Preparación	1. sin	natural	
	2. con (cocido, frito, asado, congelado, concentrado, condimentado, etc.)		artificial
2. Ingestión	1. capacidad de deglutir: 1. por sí mismo 2. con ayuda: amamantar, dar de comer y beber. 3. con ayuda médica	natural natural	artificial
	2. sin capacidad de deglutir: 2.1. enteral (sonda) 2.2. parenteral (sonda)		artificial artificial
3. Aprovechamiento	1. Resorción	natural	
	2. Resorción con ayuda médica		artificial

Tabla: Alimentación e hidratación artificial y natural

Cuando el alimento y el líquido son tomados de forma natural, no hay problema en la distinción entre el objeto y el modo. Una función biológica, propia la naturaleza del hombre, es ejecutada con medios claramente naturales.

Cuando la alimentación y la bebida requieren una ayuda técnica, la acción de la alimentación supone además básicamente dos operaciones adicionales de naturaleza médica. La primera es la fijación del instrumento de alimentación, de la sonda nasogástrica o el catéter parenteral etc. y la segunda es la observación y el control regular o periódico del paciente, para adaptar la dosificación de calorías y cantidad de líquido a su estado. Pero la administración misma del alimento y la bebida, puede ser llevada a cabo por una enfermera o un enfermero es decir por un no médico, incluso en muchos casos por familiar o asistente fácil de adiestrar. Las operaciones médicas – fijación del aparato y dosificación- son por tanto parte integrante, entre otros componentes, de la acción de alimentación. De la distinción entre el objeto y la modalidad y la lista de modalidades deducimos que una alimentación con ayuda médica no puede ser reducida a una acción exclusivamente de naturaleza médica, y que la artificialidad de la ingestión no anula el carácter natural – en sentido moral - de la función nutritiva. La función de alimentación se basan en una necesidad que puede ser apoyada técnicamente, como los sentidos del oído o la vista que también son funciones naturales que pueden ser secundados por la técnica médica con utensilios auditivos o gafas. Ninguna de esas funciones deja de ser natural por el hecho de usar artificios de apoyo.

Volviendo ahora a la declaración de Juan Pablo II, podemos decir que en ella quiere subrayar que la alimentación es en principio una actividad natural, es decir independientemente de un eventual apoyo médico. La argumentación aquí desarrollada muestra que esta declaración no es contradictoria, sino muy lógica, y quiere aclarar que la artificialidad del modo de alimentación no posee ninguna relevancia ética.

La segunda parte de la declaración marca los límites de la obligación moral de administrar líquido o alimento:

“Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos.”

Hay que notar que se hace referencia a toda acción de alimentación o hidratación y no sólo a aquellas que se llevan a cabo por medios artificiales. Son siempre en principio una obligación. Por tanto hay que ofrecerlas siempre. La cuestión planteada es: ¿rechazar la alimentación y la hidratación sería entonces siempre un suicidio? ¿Y denegar el alimento al que no pueda alimentarse por sí mismo (p. ej., a un niño de pecho) es siempre un homicidio? El mensaje del documento es que cuando los alimentos y el líquido ya no contribuyan a la alimentación ni al alivio de los sufrimientos del paciente no hay obligación moral de aceptarlos o de ofrecerlos. Con lo que la cuestión de si se trata de alimentación artificial en el sentido médico o no es irrelevante.

La teoría y la praxis médica conocen situaciones al final de la vida en las cuales la alimentación y suministro de líquido han perdido su sentido. Así, el suministro de alimento no es ya razonable si el proceso de biodegradación o catabolismo es ya mucho más fuerte que el de recuperación (anabolismo). Debido a la disfunción de la resorción y/o la falta de síntesis de proteínas una intensificación de la alimentación e hidratación no produciría el efecto deseado. Es el caso, p. ej. de las caquexias cancerosas, cardiorespiratorias, etc.. o de otras enfermedades que consumen el organismo por las disfunciones multiorgánicas y/o polineuropatías.

Tratando de entender las situaciones trágicas con las que se enfrenta el médico en su trabajo diario, surge la pregunta de en qué medida tiene obligación de entrometerse en el proceso natural de la agonía. En el proceso natural de morir ya muy avanzado, el moribundo rechaza a menudo la alimentación y la hidratación. El lento desecamiento de las células actúa de narcotizante natural mientras la vida se va escapando en la agonía.

El proceso avanza lentamente y la falta de líquido enturbia la percepción y hace de anestesia natural. En algunas sociedades indígenas injustamente llamadas primitivas, como p.e. los Aymara (Bolivia), el moribundo pide ayuda para que le dejen morir acompañado de los suyos sin recibir ya más alimento y líquido. Y así se despide poco a poco de los suyos adentrándose en la muerte a través de la somnolencia. El moribundo y su familia aceptan la muerte y comparten juntos los momentos de la agonía de forma intensa y muy humanamente. Esta tradición de sociedades primitivas contrasta en las así llamadas sociedades avanzadas con el cada vez más frecuente morir en solitario sin apenas contacto con la familia y los amigos, en una sala estéril de un hospital modernísimo lleno de aparatos y monitores.

Cuando el paciente acepta su muerte conscientemente y en su proximidad se niega a comer y a beber porque esta ingestión de alimentos ya no consigue su objetivo propio, ¿está actuando mal? Me parece que no. Lo difícil es cuando la decisión la tienen que tomar otros. Entonces es la hora de la decisión prudencial. Y forma parte de la prudencia asumir el riesgo de decidir sin certeza absoluta. Pero la certeza moral es suficiente.