

Decisiones al fin de la vida. Retiro del soporte vital

“Siempre ese enfermo recalcitrante
que se interpone entre el bello ideal
del médico y la enfermedad..
sin el enfermo, la medicina
sería tan agradable de ejercer!”
Le Bretón

La medicina invasiva

Muchos consideran que el principio y deseo más universal del médico ha sido y sigue siendo *non nocere*. Sin embargo sabemos que ese deseo es la cara limitada de hacer el bien, cuando no podemos beneficiar al menos no perjudiquemos. Sin embargo no siempre es así, muchas acciones que realiza el médico, consideradas benéficas, causan daño: así curar y causar dolor, cuidar y privar de bienestar. Hoy hablamos de prácticas y técnicas invasivas y parece que ignoramos que todas las prácticas médicas lo son porque de una u otra manera se meten en el cuerpo del hombre, violando, aunque sea con permiso, su integridad. La presencia activa de los aparatos nos pone frente a frente con esa invasividad.

Cuando, como en este trabajo consideramos las decisiones del médico que tienen que ver con el fin de la vida, tenemos claro que los aparatos que permiten mantener artificialmente la vida ponen hoy, al equipo de salud, frente a dilemas que hasta hoy no existían. La incorporación de la técnica a la medicina tiene efectos contradictorios, ya que si bien abre a posibilidades que benefician al paciente de modos inimaginables, muchas veces, frente a ciertos pacientes críticos, hace patente la necesidad de poner límite a los tratamientos. Desde esta silla puedo decir fácilmente que el equipo de salud debe tener capacidad discriminatoria para reconocer las situaciones en que ciertas acciones que parecen benéficas en sí, son en realidad dañinas para el enfermo, pero en el momento de la decisión, cuando el tiempo de la reflexión es escaso y las exigencias son inmediatas hay multitud de factores que nublan el juicio.

Algo que puede ayudar a enfrentarse a esas situaciones pudiendo distinguir y decidir, es haber reflexionado antes acerca de que lo que tiene que proteger y cuidar el médico no es “la vida” sino al enfermo, más aún a cada enfermo en singular, la vida particular de cada

enfermo particular. Esta reflexión acarrea concomitantemente la pregunta acerca de quiénes son los protagonistas de esta historia. Muchas veces parecería que los protagonistas son los aparatos, muchas otras los médicos y muy pocas los enfermos. No hay duda que el médico tiene un papel protagónico al momento de decidir sobre la aplicación o retiro de un medio de soporte vital, pero ese protagonismo debe ser compartido e incluso opacado, por una parte por el enfermo pero sobre todo, y en esto cito a Gherardi, por "todos los actores sociales".¹ Cualquier decisión médica, pero sobre todo éstas que afectan directamente a la vida o la muerte, deben estar respaldadas por la sociedad en su conjunto, por un tipo de relación con la vida y la muerte, por una concepción de la enfermedad, por un modo de acercarse a la medicina que excede las facultades del médico. Un ejemplo muy sencillo: es imposible que el médico pretenda que el enfermo decida acerca de una terapéutica cuando el enfermo forma parte de una sociedad que piensa que el médico lo sabe todo acerca de la vida y de la muerte, que el "doctor" es el único que puede sostener una opinión respetable. Esto nos permite constatar que muchas de las cuestiones que tienen que ver por ejemplo con la autonomía, sobre todo en nuestras latitudes, han sido importadas de otra cultura, son ajenas a nuestra forma de plantear y solucionar los problemas.²

Las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) son un espacio de intercambio muy particular ya que allí la muerte tiene una presencia predominante en cuanto se halla ligada a las decisiones, acciones y omisiones que adopta el equipo de salud. Frente al enfermo que requiere de soporte vital se da una relación especialmente particular, ya que de lo que se trata no es, contra lo que normalmente pensamos, de una decisión única, sino como muy bien marca Carlos Gherardi, de decisiones continuas y permanentes frente a estos pacientes, cuyo único objetivo es evitar la muerte. Por ello una vez adoptada, basándose en la mayor precisión diagnóstica, se trata de mantenerla reproduciéndola indefinidamente de todas las formas posibles. Esto es fundamental, su ignorancia puede "condicionar una serie de errores interpretativos no subsanables en el futuro."³ Esto multiplica la persistente dificultad casi natural que aún encuentran nuestros médicos, de que el enfermo tenga un lugar preponderante al momento de decidir. Si en situaciones menos comprometidas,

¹ Ver Gherardi, Carlos, *Vida y muerte en terapia intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones*, Ediciones Biblos, Buenos Aires, 2007.

² Ver, Kottow, Miguel, *Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado*, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética UNESCO, Colombia, 2007.

³ Gherardi, 2007: 37

resulta difícil aceptar la decisión del enfermo, sobre todo cuando implica que la escala de valores del médico se vea afectada y/o cuestionada por lo que el enfermo considera valioso, en estas situaciones la urgencia lo hace casi imposible. El médico se siente obligado por las circunstancias, por la prisa, pero especialmente por sus hábitos vitales a imponer sus valores, sobre todo cuando éstos suponen algo para él inobjetable como es la “defensa de la vida”. Si no ha reflexionado antes sobre esto, no comprenderá que una deformación profesional le hace comprender muchas veces la vida como mera sobrevivencia fisiológica.

Por ello resulta ingenuo el planteo de muchos bioéticos que recurren a respuestas “enlatadas” sostenidas casi exclusivamente sobre la autonomía del paciente, que reducen todo conflicto a la puesta en práctica del consentimiento informado. Se desconoce en ellas la complejidad de las características que acompañan al tratamiento de un paciente en una unidad de cuidados intensivos y las circunstancias que hacen provisoria cualquier decisión. La firma de un consentimiento puede implicar tanto para el médico como para el paciente un compromiso imposible de cumplir pocos momentos después de haberlo realizado, el dinamismo de la vida y de la muerte, su interdependencia y su solapamiento, son palpables en una UTI. Recordemos por ejemplo que el paciente no es atendido por un solo médico, sino que conviven varios con él no sólo durante la semana sino en el mismo día. Esto indudablemente alarga las decisiones u obliga a consensos no siempre fáciles entre diferentes personas con el enfermo y/o con la familia. Agreguemos a esto la desorientación témporo-espacial de un paciente incluso conciente, sometido al aislamiento de su entorno, de su familia, a la presión tecnológica de los aparatos, a mediciones constantes, al paso e intervención de cantidad de personal del equipo sanitario que son más que los médicos, de talentos y tratos diferentes, a la acción farmacológica de drogas que alivian el dolor y el sufrimiento pero muchas veces condicionan su relación con el medio.

Cuando pretendemos que el peso de la decisión caiga sobre el paciente, no sólo olvidamos su circunstancia que lo hace más vulnerable de lo que generalmente es como ser humano, sino que en realidad, por más aislado que esté, el paciente nunca decide solo. Además de la familia y todos aquellos que estima y escucha, toda decisión supone la presencia de un médico que informa, aconseja, mide y decide diagnósticos y pronósticos, desde lo que considera relevante para el paciente. No podemos olvidar los factores de presión que actúan sobre el médico cuando éste debe tomar decisiones o incluso dar consejos a la familia para

que éstas sean tomadas. Entre esos factores podemos mencionar entre otros al manejo de la cantidad de información diaria que se recibe de cada paciente, en especial “los números biológicos que expresan y cuantifican aspectos esenciales de las funciones vitales”, el “ejercicio interpretativo diario de estos números que luego se constituyen en fórmulas y en índices que ayudan y permiten la comprensión de los múltiples mecanismos que operan en cada caso”⁴ y permiten también determinar las terapias. Esto implica nos guste o no la desaparición del paciente como totalidad y como persona detrás de los *scores*, índices pronósticos, factores numéricos de riesgo, etc. que llevan a buscar los resultados ideales de funcionamiento de cada órgano e inducen a una mecanización del uso de la información. No es ocioso considerar aquí que tanto el enfermo como el médico son sujetos condicionados por cientos de factores imposibles de considerar y que actúan tanto de manera conciente como inconsciente sobre sus consideraciones y sobre todo sus decisiones. Éstas no siempre se toman “desde la cabeza” por mayor racionalidad que se intente ejercer. A todo esto debemos sumar que el médico no es un teórico sino un práctico, debe actuar. No le basta con observar y relatar, sino que, sobre todo en momentos en que está en juego la vida, debe meter mano. Y veremos como aparece casi sin darnos cuenta “un fenómeno compulsivo a la acción que es peligroso, dice Gherardi, porque “ puede desestimar la observación clínica como método activo del estudio de un paciente”.⁵ Esto que Gherardi denomina observación clínica es el acercamiento interesado y amoroso (me arriesgo a la palabra) al enfermo que requiere todo acto médico, y que será el que permita no perderse en la maraña de datos, en la premura de las respuestas, en la comprensión de las necesidades del doliente, en la urgencia por elaborar una información a veces irrelevante. La terapia intensiva, desde su mismo nombre obliga a multiplicar los esfuerzos, los médicos, el enfermo y la familia, la sociedad toda piden al profesional que “haga algo” y que lo haga pronto. Esto genera una imperiosa necesidad de actuar haciendo algo nuevo, distinto y hasta muchas veces opuesto a lo anterior, buscando un buen resultado y muchas veces ocultando tras ese activismo tan propio de nuestro tiempo, la irreversibilidad de una situación. Se pierde así la perspectiva sobre el pronóstico del paciente y su razonable posibilidad de recuperación, que es el objetivo de estas terapias y la razón por la que es sometido a ellas, se pierde de vista el mejor interés del paciente, se lo cambia por la

⁴ Gherardi, 2007:40

⁵ Idem: 42

obtención de buenos resultados. “El eventual uso de toda la tecnología sustitutiva que en terapia intensiva representan todos los soportes vitales que pueden ser aplicados”⁶ en cada oportunidad, pueden hacer perder la meta de la acción terapéutica que es en términos generales: la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas en un ser humano con nombre y apellido, es decir con una identidad y un mundo propios, aunque para lograrlo se debe buscar la recuperación de la función de un órgano o sistema.

No hace falta reconocer que el enfermo con que trata este profesional se halla en una situación de suma gravedad, en estado crítico es decir cercano al fin de su vida, pero lo que se cuestiona es que frente a esto prevalece un entrenamiento a "luchar contra la muerte" y no uno a “respetar la vida”. El lenguaje no es gratuito, esta ejercitación práctica y mental genera un talante agresivo, de pelea, en que se juega el todo por el todo, hay un enemigo que es la muerte, ya no la enfermedad, ella es la que debe ser vencida. Si el paciente sale de terapia el médico venció a la muerte. De modo que la actitud "natural", debida, es combatir a la muerte con todos los medios. Esta lucha, como cualquier otra debe ser despiadada, y cualquier tipo de distracción insume un tiempo precioso, la batalla es del médico contra la muerte y nadie debe ponerse en medio, ni siquiera el enfermo. La UTI pasa a ser así el campo de batalla y el médico y su equipo el general y los soldados de esa guerra. Esta pelea ha hecho olvidar al médico que una de las virtudes que siempre se le pidió es que fuera el *nuncius mortis*, es decir, quien pudiera anunciar con certeza cuándo un enfermo iba a morir. Las presiones a que se ve sometido el médico y el enfermo y todo el equipo de salud en una sala de terapia intensiva están marcadas por la negación de la muerte y no por la defensa de la vida que fue la razón de que estos procedimientos intensivos comenzaran a utilizarse. Sin embargo, pese a todos los esfuerzos y el bombardeo de acciones sobre los pacientes muchas veces injustificables, muere el 20% (algunos miden 30%) de los pacientes que ingresan a estas unidades. La muerte siempre es el límite de la vida, su fin, y no reconocer que muchos enfermos están cercanos a su fin, que marchan aceleradamente hacia él es la peor de las cegueras que daña no sólo al enfermo sino a su familia y al mismo médico; lo vuelve una máquina de resolver algoritmos biológicos incapaz de compasión por el dolor ajeno y de reconocer en sí y en los demás el temor ante el misterio de la muerte. Si el enfermo de la UTI es un paciente que está en crisis, también el médico está en crisis frente a ese paciente.

⁶ Idem: 57

Estar en crisis es afrontar situaciones límite. El enfermo enfrenta una situación que no puede manejar, pero que en muchas circunstancias lo pone, al igual que al médico, frente a resoluciones de consecuencias decisivas respecto de la vida y la muerte. Las crisis suelen ser las mejores ocasiones para preguntarse y responderse cuestiones que las conductas habituales ocultan. Ningún paciente en crisis deja de preguntarse por la muerte, tampoco ningún médico en crisis. Esta situación exige mucho más que cualquier otra que la relación médico-paciente esté asentada sobre la verdad, obligan al médico a ser auténtico y veraz.⁷ Debe ejercer la veracidad con el paciente y la autenticidad consigo mismo, si está peleando una guerra tanto él como sus generales, tienen la obligación de saber cuándo la batalla está perdida y llamar a retirada.

Para un médico que es en nuestra cultura el dueño de la vida y de la muerte, esto significa el reconocimiento de los límites: sus propios límites, los del paciente y los de la medicina. Reconocer el límite es aceptar la muerte y respetar al otro. Era Aristóteles quién ponía como signo de sabiduría conocer los límites, en el caso del médico significa que como tal no lo puede todo y no debe hacer todo lo que puede. Que muchas veces debe omitir acciones, revertirlas o suspenderlas. La veracidad entendida simplemente como decir la verdad al enfermo no basta, es preciso que antes el médico aprenda a decirse la verdad a sí mismo, es decir que sea leal y auténtico consigo mismo, que acepte que la muerte puede acaecerle a su paciente y que ello no es el mal absoluto, pero también que puede equivocarse, y que necesita del consenso del enfermo para hacer algo por él.

El soporte vital

⁷ Uno de los problemas mas graves de nuestro tiempo es la inseguridad en que vivimos y que entre nosotros se manifiesta como una cuestión originada por el delito y cuya solución provendría de una ley más estricta y más fielmente observada. Sin embargo lo que sufrimos es más que nada una inseguridad existencial y es ella la que nos empuja a buscar refugio en la seguridad legal aunque no encuentra en ella la respuesta.

¿Qué es lo que provoca esta inseguridad existencial excelente caldo de cultivo para toda promoción de la criminalidad? *La falta de verdad en las relaciones humanas*. Lo que provoca la inseguridad es la falsedad que mina todas las relaciones humanas, malogra la credibilidad en el otro, vuelve susceptibles a las personas y enrarece las relaciones porque pierden la firmeza y seguridad que les proporciona la confianza. La modernidad cambió la confianza por la ley y el contrato, pero éstos no son capaces de garantizarnos la veracidad de otro ser humano, si no creemos en él ninguna legislación o acuerdo es posible, todo estará minado por la sospecha. La relación médico-paciente es una de las que se ve más amenazada por esta falta de confianza. El médico es un profesional lo cual implica su compromiso doble: uno “decir la verdad”, el otro conocerla, si cumple con los dos se hace confiable. Ver Pfeiffer, María Luisa, “Veracidad y consentimiento informado en la práctica médica”, *Jurisprudencia Argentina*, Buenos Aires, N° 6218, noviembre 2000.

Respecto del soporte vital, cumple con las condiciones de todo tratamiento que se haga en terapia intensiva: se debe decidir sobre su uso, sobre su mantenimiento y finalmente sobre su retiro. Como en una emergencia primero se actúa y luego se piensa, es necesario que los médicos y todo el equipo que los acompaña tengan pensados los problemas que puede generar decidir someter a un paciente al soporte vital, mantenerlo, y sobre todo cuándo dejarlo y cuándo sacarlo.

Más que el paciente es el médico y todo su equipo quienes están sometidos al imperativo tecnológico cuando no pueden tomar distancia de sus elecciones y caen fácilmente en la tentación de convertir a su paciente en un “conjunto de variables fisiológicas que deben ser normalizadas de alguna manera”.⁸ Toda esta confusión, esta incertidumbre, este sometimiento a imperativos que parecen estar por sobre los objetivos de la medicina, se agrava, en palabras de Gherardi, “cuando se somete al soporte vital a un paciente equivocado, porque es irrecuperable”. En estos casos, “ suave pero progresivamente, sin un impulso único ni una conciencia plena del grupo médico, y en medio de un proceso ajeno a nuestra voluntad, se instala como por imperio de una metamorfosis impensada el trágico espectáculo del encarnizamiento terapéutico, definible como el resultado de la sobre-atención médica divorciada de todo contenido humano, lo que se constituye en el paradigma actual de la indignidad asistencial y la contracara del acto médico que debiera “curar a veces, aliviar frecuentemente y confortar siempre” “⁹

En todo este planteo parecería que la decisión está de parte del médico y el paciente no tiene nada que agregar, si convienen ciertos procedimientos para mantener la vida se realizan, si no convienen no se realizan. Sin embargo hemos sido acostumbrados por la bioética a recordar que el enfermo tiene algo que decir, en realidad mucho que decir, como es: si o no a la terapia. Muchas veces se acude a esta respuesta como solución a todo el problema: se debería dejar toda decisión en manos del enfermo, en este caso la familia. Pero esto es una falacia sustentada sobre las premisas de que el médico sabe exactamente lo que hace y lo que hay que hacer y por consiguiente puede informar sobre ello, tiene tiempo para pedir consentimiento y la familia puede deliberar libre y racionalmente acerca de lo

⁸ Gherardi, 2007:60
⁹ Idem :62

que conviene que haga. Ninguna de estas condiciones se cumple en la situación que venimos planteando.

Pero además debemos tener en cuenta que suponer que las decisiones humanas pasan exclusivamente por la racionalidad es un mito, toda decisión humana tiene fuertes elementos de irracionalidad, quizá la mayoría de las decisiones humanas no sea racional. Si bien el modo más fácil y simple de resolver conflictos y de comunicarnos entre las personas es el racional, la vida del ser humano es sumamente compleja, está compuesta por conductas cuyos orígenes son inciertos debido a su multiplicidad, y en consecuencia, raramente responden totalmente a lo racional. La racionalidad se encuentra entremezclada con los sueños, los deseos, las imaginaciones, las obsesiones, los recuerdos, los afectos, los temores presentes y pasados, y cientos de circunstancias ocasionales. De modo que las exigencias del paciente o su familia se hallan traspasadas por todas esas variables y muchas más provenientes de la cultura, el tiempo histórico, las circunstancias vitales de cada cual. Todo resulta de maravillas si la familia acepta de buen grado las propuestas, incluso a veces contradictorias que le hace el equipo de salud, pero cuando, por alguna razón no está de acuerdo con el médico, habiendo éste elegido el camino a seguir con todo cuidado ¿qué hacer?

Podemos pensar, siempre acudiendo a la racionalidad, y repitiendo el conocido esquema del consentimiento informado, que el desacuerdo proviene de un desconocimiento de la situación. Esto se resuelve con la información adecuada y adaptada del médico que no sólo debe darla sino insistir con ella hasta ser entendido. Esto significa en realidad “hasta que sean aceptadas sus sugerencias”, siempre queda en el aire la idea de que si la familia no las acepta es porque no ha terminado de entender lo que el médico propone y que le ha costado tanto elaborar. Aunque en líneas generales coincido con ello en el sentido que muchas veces la información es confusa, insuficiente, o extremadamente técnica, y ello impide deliberar y decidir con conocimiento de causa, creo que la más de las veces la resolución no pasa por la información técnica sino por la creencia y por la confianza en lo que el médico dice o lo contrario. En efecto muchas veces al paciente y a la familia les cuesta decidir porque no llegan a confiar en el médico y muchas más veces, en la actualidad, porque no terminan de confiar en la medicina. Esto genera en el paciente y sus allegados un sufrimiento suplementario, por una parte no confían ni en el médico, ni en la medicina ni

en el sistema de salud y por otro no tienen otra chance que entregarse a ellos, la situación es semejante a como si estuvieran entregándose al enemigo. Por otra parte, frente a la negativa no debemos descartar la obediencia a tradiciones y mandatos religiosos que muchas veces desconocemos, sobre todo en sociedades cosmopolitas. Habrá entonces que considerar seriamente que *nuestras decisiones tienen un fuerte componente no racional, es preciso tener esto en cuenta antes de juzgar al enfermo o su familia.*

Para los pacientes críticos el propio convencimiento del médico, su conducta auténtica, el verdadero interés demostrado por el paciente, su compromiso con la familia, van a ser factores más decisivos muchas veces que la exactitud de la información. Esto no es fácil cuando son varios los médicos que se ocupan del enfermo, ¿en cuál confiar? Lo que se pide del médico en esos casos no es sólo información sino consejo, (los cristianos han puesto como uno de los dones del Espíritu Santo al consejo: éste es un don que acompaña a la prudencia y se ocupa de la dirección de las acciones particulares en el lugar y en las circunstancias presentes). Pedir consejo proviene de que el paciente, la familia en este caso, está desorientado, no sabe hacia dónde encaminar su conducta. En efecto, muchas veces, - lo hemos experimentado en la vida-: al deliberar sobre lo que debemos hacer, una decisión nos parece la más perfecta, y puede que efectivamente lo sea en sí misma, pero también vemos que de su ejecución se seguirán grandes dolores, inconvenientes e incluso peligros que no sucederían si eligiésemos otra respuesta que, aunque menos perfecta, sería mejor porque evitaría algunas consecuencias indeseables. En ese caso y otros muchos necesitamos consejo. El enfermo y/o su familia acuden al médico en busca de consejo para poder tomar decisiones sobre todo cuando está en juego enfrentarse a la muerte, a veces, la peor de las consecuencias. El enfermo necesita confiar en el médico, creerle, sentirlo a su lado y de su lado, necesita más que razones científicas, más que argumentos lógicos, necesita simpatía, comprensión, afecto, compromiso. El médico no puede dar consejo si sólo se deja guiar por los mandatos “racionales”, “científicos”, en ese caso sólo informará objetivamente sobre lo que considera más apropiado hacer. Dar consejo es arriesgarse al error, asumir por otro lo no deseado ni pensado.

Si bien es cierto que el equipo médico no puede ignorar los mandatos éticos de respeto a la voluntad del enfermo, en este caso su familia, y que, en consecuencia, no puede dejar de informar con objetividad acerca de la situación del enfermo, su diagnóstico, su pronóstico,

y demás detalles de la situación, con esto no basta sino que debe tener en cuenta en cada caso las circunstancias del enfermo. El consejo no puede ser excluido de la práctica médica, en primer lugar porque es lo que el paciente pide y en segundo lugar porque es el modo de reconocer las particularidades de cada paciente. En los casos en que está en juego la vida o la muerte, el deseo más auténtico sería que médico y enfermo tuvieran una voluntad común que se manifestara en que el médico aconsejara volviéndose enfermo y el enfermo siguiera el consejo volviéndose médico. Esto es lo que pensamos cuando reclamamos una acción solidaria, en que uno no pueda separarse del otro en cuanto a las consecuencias del acto.¹⁰ Se suele objetar desde el reclamo de que esto exige que el médico se involucre en alto grado. Y es así, no puedo imaginarme a nivel personal estar enferma y recurrir a un médico que no vaya a involucrarse conmigo en ese momento, que me trate como un caso, como una enfermedad, como un órgano enfermo. Habrá que ver cómo cuidamos después a los médicos a quienes esta actitud les causa sufrimiento.

La Asociación Argentina. de Terapia Intensiva ha establecido un código con pautas a tener en cuenta a la hora de retirar el soporte vital. No creo que pueda codificarse la prudencia ni el consejo, éstos provienen de una empatía con el enfermo que no pasa por la razón que es de dónde provienen los códigos y por ello involucra al médico, “le toca el corazón” podríamos decir en lenguaje de bolero.

Mencionaré aquí a modo de ejemplo algunas pautas de este código que es un importante esfuerzo de pensar la relación entre circunstancias y deberes a la hora de retirar el soporte vital. Podríamos tomarlo como un consejo pensado desde la ética que tiene en cuenta situaciones de profundo disenso, incluso de conflictividad con el enfermo y/o la familia.

Se aconseja allí que las decisiones no las tome el médico solo sino todo el equipo asistencial, considerando la intervención de un comité en caso de conflicto.

Se considera apropiado retirar el soporte vital: cuando no haya evidencia de la efectividad buscada y se presuma que tampoco se obtendrá en el futuro; cuando mantener este soporte sólo signifique mantener y prolongar un cuadro de inconciencia permanente e irreversible; cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico esperado,

¹⁰ Ver Pfeiffer, María Luisa, “El principio de solidaridad. Todos para uno y uno para todos” en Michelini, D, Wester, J., Ortiz, G, Chiappe, A., Cid, A., *Libertad, solidaridad, liberación. Homenaje a J.C. Scannone*, Ediciones del ICALA, Río Cuarto, 2003.

cuando se conozca fehacientemente la voluntad del paciente, cuando la irreversibilidad del cuadro permita pensar que continuar no redundará en el mejor beneficio para el paciente.

Epilogo

Por último una observación que no puedo dejar de lado y es la necesidad de diferenciar la suspensión de tratamiento, es decir el retiro con razones y consentimiento del enfermo (su familia) del sostén vital de la eutanasia. La diferenciación que se usa actualmente entre eutanasia pasiva y eutanasia activa genera esta confusión. La eutanasia es la acción de matar cometida por un médico, retirar un tratamiento, incluso de sostén vital es permitir que la muerte acaezca, es permitir que continúe y termine un proceso de muerte que había sido interrumpido por la acción médica. Es dejar de intervenir sobre la vida y la muerte de un enfermo y dejarlo morir. Es fundamental insistir sobre este tipo de distinciones que impiden muchas veces una decisión libre y autónoma tanto del médico como del enfermo.