

Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial sobre la Enfermedad Terminal



Escrito por WMA (The World Medical Association, Asociación Médica Mundial) miércoles, 06 de diciembre de 2006

Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, Y revisada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006 Prefacio 1. Cuando se abordan los problemas éticos asociados con la atención médica del término de la vida, se plantean inevitablemente interrogantes sobre la eutanasia y el suicidio con ... **Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, Y revisada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006**

Prefacio

1. Cuando se abordan los problemas éticos asociados con la atención médica del término de la vida, se plantean inevitablemente interrogantes sobre la eutanasia y el suicidio con ayuda médica. La Asociación Médica Mundial condena como antiético tanto la eutanasia como el suicidio con ayuda médica. Se debe entender que la política de la AMM sobre estos temas se aplica plenamente al contexto de esta Declaración sobre Enfermedad Terminal.

Introducción

2. Cuando el diagnóstico médico de un paciente excluye la esperanza de reponer o mantener su salud y su muerte es inevitable, con frecuencia el médico y el paciente se ven enfrentados a un conjunto de decisiones complejas relativas a las intervenciones médicas. Los avances de la ciencia médica han aumentado la capacidad del médico de abordar muchos problemas asociados con la atención médica del término de la vida. Sin embargo, es un área de la medicina que históricamente no ha recibido la atención que merece. Aunque no se debe comprometer la prioridad de investigación para curar

enfermedades, se debe prestar más atención a desarrollar tratamientos paliativos y mejorar la capacidad del médico para evaluar y abordar los aspectos médicos y psicológicos de los síntomas de una enfermedad terminal. La fase de muerte debe ser reconocida y respetada como una parte importante en la vida de una persona.

Mientras aumenta la presión pública en muchos países para considerar el suicidio con ayuda médica y la eutanasia como opciones aceptables para terminar con el sufrimiento en los pacientes terminales, el imperativo ético para mejorar el tratamiento paliativo en la fase terminal de la vida se convierte en tema de primera plana.

3. La Asociación Médica Mundial reconoce que las actitudes y creencias sobre la muerte y el morir varían mucho según la cultura y la religión. Además, muchas medidas paliativas y para mantener la vida necesitan tecnologías o recursos económicos que simplemente no están disponibles en muchos lugares. El enfoque de la atención médica para los enfermos terminales se verá muy influenciado por estos factores, por lo que intentar formular normas detalladas sobre la atención terminal que puedan ser aplicadas de manera universal no es práctico ni sensato. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial presenta los siguientes principios de base para ayudar a los médicos y las asociaciones médicas nacionales a tomar decisiones relativas a la atención en fase terminal.

Principios

4. El deber del médico es curar cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y proteger los intereses de sus pacientes. No habrá ninguna excepción a este principio, incluso en caso de una enfermedad incurable.

5. En la atención de pacientes terminales, las principales responsabilidades del médico son ayudar al paciente a mantener una calidad de vida óptima al controlar los síntomas y satisfacer las necesidades psicológicas y permitir que el paciente muera con dignidad y tranquilidad. Los médicos deben informar a los pacientes sobre la disponibilidad, los beneficios y otros efectos potenciales de los cuidados paliativos.

6. Se debe respetar el derecho del paciente a la autonomía para tomar decisiones con respecto a las decisiones en la fase terminal de la vida. Esto incluye el derecho a rechazar un tratamiento y a solicitar medidas paliativas para aliviar el sufrimiento, pero que pueden tener el efecto

adicional de acelerar el proceso de muerte. Sin embargo, se prohíbe éticamente a los médicos ayudar a los pacientes de manera activa a suicidarse. Esto incluye aplicar cualquier tratamiento cuyos beneficios paliativos, en opinión del médico, no justifiquen los efectos adicionales.

7. El médico no debe emplear cualquier medio que no tenga beneficio alguno para el paciente.

8. El médico debe reconocer el derecho de los pacientes a redactar una voluntad anticipada que describa sus deseos sobre la atención, en caso que no puedan comunicarse y que designen un representante que tome las decisiones que no están expresadas en la voluntad anticipada. En particular, el médico debe abordar los deseos del paciente con respecto a las intervenciones para mantenerlos en vida y también las medidas paliativas que puedan tener el efecto adicional de acelerar la muerte. Cuando sea posible, se debe incluir al representante que toma las decisiones por el paciente en estas conversaciones.

9. El médico debe tratar de comprender y atender las necesidades psicológicas de sus pacientes, especialmente las relativas a los síntomas físicos del paciente. El médico debe tratar de asegurarse que los recursos psicológicos y espirituales estén disponibles para los pacientes y sus familias, a fin de ayudarlos a tratar la ansiedad, el miedo y la pena asociadas a la enfermedad terminal.

10. El manejo clínico del dolor en los pacientes terminales es de mucha importancia para el alivio del sufrimiento. Los médicos y las asociaciones médicas nacionales deben hacer una promoción para difundir y compartir la información sobre el manejo del dolor, a fin de asegurarse que todos los médicos involucrados en la atención terminal tengan acceso a las mejores normas de práctica y a los tratamientos y métodos más corrientes disponibles. Los médicos deben poder llevar adelante el manejo clínico apropiado del dolor agresivo sin temor indebido a las repercusiones reglamentarias o legales.

11. Las asociaciones médicas nacionales deben instar a los gobiernos y a las instituciones de investigación a invertir recursos adicionales para crear tratamientos destinados a mejorar la atención del término de la vida. El currículo de las escuelas de medicina debe incluir la enseñanza de los cuidados paliativos. Cuando no exista, se debe considerar la creación de la medicina paliativa como una especialidad médica.

12. Las asociaciones médicas nacionales deben defender la creación de redes entre instituciones y organizaciones relacionadas con los

cuidados paliativos, a fin de facilitar la comunicación y la colaboración.

13. Cuando el paciente no puede revertir el proceso final de cesación de las funciones vitales, el médico puede aplicar medios artificiales necesarios para mantener activos los órganos para trasplantes, siempre que proceda de acuerdo con las normas éticas establecidas en la Declaración de Sidney de la AMM sobre la Certificación de la Muerte y la Recuperación de Organos