

ÉTICA Y MANEJO DEL DOLOR EN INSTITUCIONES DE SALUD

DR. ARMANDO ORTIZ P.
MÉDICO NEUROCIRUJANO - MAGÍSTER EN BIOÉTICA.
COMITÉ DE ÉTICA.
CLÍNICA LAS CONDES.

RESUMEN

Preguntarnos por la dimensión ética del manejo del dolor, nos conduce ineludiblemente a respondernos por las obligaciones morales que dicha realidad genera en todos los actores implicados, entre ellos profesionales de la salud e instituciones. En ese momento no podemos eludir nuestras responsabilidades, es decir debemos hacernos cargo. Situación que el manejo del dolor pareciera estar esperando desde hace muchísimo tiempo.

El dolor agudo, el crónico, el benigno o el maligno se abordan hoy con indicaciones cada vez más precisas y de mayor eficacia en los resultados. Los tratamientos a los cuales el clínico puede acudir para buscar su alivio o incluso su eliminación, se han diversificado enormemente. Esto exige como contrapartida un alto nivel de preparación teórica y práctica en muchas áreas de la medicina, de la enfermería y de otras profesiones que intervienen en el manejo del paciente con dolor. Las obligaciones profesionales exigen abordar con eficacia el alivio del dolor, el plan deberá ser completo e integral, flexible y buscar el equilibrio entre curar y cuidar. Los protocolos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos, así como la interdisciplinariedad en la atención, son herramientas esenciales para alcanzar una buena práctica clínica en el manejo del dolor.

Paralelamente, es a los gestores del sistema de salud, públicos y privados, a los que corresponde la responsabilidad de poner en marcha los servicios necesarios para la correcta y justa atención del tratamiento del dolor. Tarea que ha de acompañarse de divulgación e información, tanto a usuarios como a profesionales. Corresponde también a las autoridades de salud y políticas la distribución equitativa de recursos para el acceso de todo el que necesite tratamiento de su dolor, y la realización de una evaluación de la calidad de los servicios que sea constante y conlleve acciones consecuentes.

En un futuro deseable, hay un progreso que lograr; que las personas con dolor dispongan de tratamientos que eviten, eliminen, o al menos, hagan soportable el dolor. Para lograrlo se necesita desarrollar inaplazablemente tres tareas: formar

a los profesionales en el abordaje del dolor según buenas prácticas clínicas, instaurar en nuestras instituciones el tratamiento del dolor como prestación básica y comunicar los conocimientos sobre el dolor y su tratamiento a la ciudadanía. Que ese futuro deseable, se convierta en posible, depende en gran parte de todos nosotros, profesionales e instituciones.

SUMMARY

Asking ourselves for the ethical dimension of pain management certainly leads us to inquire for the moral obligations of all the actors, individual and institutional, involved in health care. From that moment on we cannot avoid our responsibilities; on the contrary, we must get in charge of the situation, given that pain management has been on the waiting line for a long time.

Every type of pain, whether acute or chronic, benign or cancer pain, are managed with increasingly more precise indications and increasingly effective therapies and outcome. Available treatments have increased and differ enormously. Likewise, this fact requires high standards in knowledge and practice for the medical and allied professionals concerned in pain management.

Professional duties demand taking care of pain not only successfully, but with a comprehensive as well as flexible plan, looking for a balance between care and cure.

In order to attain a good practice in pain care, diagnostic, prognostic and therapeutic protocols are essential, as well as a multidisciplinary approach.

Correspondingly, the leaders of the public and private health systems must get in charge of providing the necessary conditions for a fair and adequate pain treatment.

This endeavor should include the essential promotion and information to patients and health personnel. It is the duty of the Health authorities and the policies they impart to guarantee the fair distribution of resources to bring access to pain control to everybody who needs it. They should also safeguard the quality of pain care through a periodic

evaluation process and subsequent improving procedures. In the wished-for future there is progress to reach; that the people in pain may have access to therapies that eliminates or reduces pain to a bearable level. Three aspects should be put forward to reach this objective: instructing the health care professionals in the treatment of pain according to good clinical practices; establishing in every health institution pain treatment as a standard of care; and communicating the information on pain and its treatment to the people in general. Fulfillment of these goals will depend on all of us, professionals and institution as well.

INTRODUCCIÓN

Responder a la pregunta por la relación que existe entre ética y manejo del dolor, no puede ser otra cosa que un intento serio y responsable, de tratar la dimensión ética que tiene el manejo del dolor para los profesionales de la salud y para las instituciones donde estos realizan sus labores y llevan a cabo las prestaciones, que en el caso que nos ocupa, estarán orientadas al alivio del dolor y el sufrimiento. Indagar en la dimensión ética, será entonces preguntarnos por las obligaciones morales que en nosotros y en nuestras organizaciones supone la preocupación por cumplir uno de los fines de la medicina, el segundo en importancia de acuerdo al ya clásico trabajo liderado por Daniel Callahan " Los Fines de la Medicina", elaborado por el prestigioso centro de investigación en bioética The Hastings Center, de Nueva York (1). Ese fin definido, ponía énfasis en el "alivio del dolor y el sufrimiento causado por males" como uno de los objetivos centrales del quehacer médico. De dicho planteamiento ya es posible establecer la primerísima importancia que tiene y debe tener la preocupación por los aspectos clínicos, diagnósticos, y terapéuticos en relación al dolor; pero en igual preponderancia debe ser de primerísima importancia la forma en que se organizan, planifican, financian y ejecutan las tareas orientadas a cumplir con ese fin, bajo unos estándares exigibles en calidad y corrección; lo que equivale a sostener que a una sólida y excelente formación técnica y científico-médica en el alivio del dolor, debe ir aparejada una excelencia moral de respeto, solidaridad, acompañamiento, diligencia y calidad en la toma de decisiones en la práctica médica. Más aún, fuera de ese ámbito de relación, del encuentro tradicional entre paciente y médico o equipo tratante; hoy no es posible pensar que las instituciones de salud no tengan también obligaciones que se expresarán promoviendo el desarrollo de estructuras y procesos, que posibiliten el logro de ese fin de la medicina; pues deberán acoger y apoyar o generar y promover las iniciativas encaminadas a brindar un cuidado de la salud en el ámbito del dolor y el sufrimiento que no sea sólo de excelencia técnica sino también moral. En suma podríamos afirmar, que se trata de establecer cuáles serían las obligaciones morales que el manejo del dolor genera en todos los actores implicados: profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, kinesiólogos, técnicos paramédicos, etc.) e instituciones (directivos, administrativos, funcionarios, etc.). Entender esto, probablemente, nos permitirá avanzar en un futuro posible más cercano del que todos los seres humanos, actuales

y futuros pacientes, esperamos de nuestros profesionales y de nuestras instituciones, un cuidado de calidad más humano, en el que encontremos alivio al dolor y al sufrimiento siempre, o al menos un intento serio y responsable por alcanzarlo.

En una primera parte intentaremos definir brevemente cuál es la visión moderna del manejo del dolor, respondiendo así a lo que el dolor es o mejor creemos que es. En una segunda parte intentaremos explicitar el deber ser, es decir las obligaciones que esta experiencia genera en profesionales e instituciones de salud.

LA VISIÓN MODERNA DEL MANEJO DEL DOLOR

El dolor es una realidad filosóficamente imperfecta pues, sólo admitimos su existencia cuando somos nosotros los que sufrimos o bien acreditamos lo que otros nos comunican. Desde un punto de vista objetivo no tenemos medios que nos ayuden a confirmar el nivel del dolor que un paciente nos refiere. Como mucho, podemos llegar a entender la realidad del dolor en aquellos casos en los que una agresión o una lesión tisular lo hacen obvio. Debemos considerar el dolor como un fenómeno complejo y especulativo en todas sus vertientes; tanto biológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicosociales, morales y de comportamiento, que deben ser correctamente entendidas. El "qué" duele y el "porqué" duele, son condiciones indispensables para poder conseguir una correcta caracterización clínica y plantear, al mismo tiempo, una adecuada estrategia terapéutica.

Esta comprensión íntima e intrínseca del dolor se debe realizar desde distintas especialidades médicas y de otros saberes no médicos, por lo que es necesario su planteamiento multidisciplinario; el que constituye la base de la estrategia moderna para el diagnóstico y el tratamiento del dolor.

La transformación, a través del tiempo, del dolor agudo en dolor crónico y la suma de otros fenómenos, convierten un síntoma en una verdadera enfermedad llegándose a constituir un síndrome con identidad propia que tiene al dolor como su epicentro. Y es dentro de esta filosofía, y dejando aparte la posibilidad de un eventual fracaso en su erradicación, lo que confirmaría tanto la complejidad como el misterio que encierra. Por ello, creemos que es lícito afirmar que el dolor puede y debe ser tratado con unas perspectivas de éxito que van a ser proporcionales al entendimiento que tengamos de él y, al mismo tiempo, de la adecuada preparación científica de los distintos profesionales de la salud y del manejo juicioso que hagamos de todos los recursos, tanto técnicos como humanos disponibles.

Es necesario recordar, aquí, a los pioneros en el estudio y tratamiento del dolor, que, soportando muchas veces la incompreensión del resto de sus compañeros se volcaron sobre una actividad que, en aquellos momentos, se consideraba como poco importante dentro de un universo de causas consideradas más nobles y más seductoras y, que a pesar de ello, supieron vencer y superar todas las incompreensiones estableciendo una serie de normas y conceptos que han servido para formar las bases científicas en la que se asienta, tal como hoy entendemos y aceptamos, el manejo del dolor.

Un estudio del año 2001, sobre el dolor y la enfermedad terminal, publicado por el grupo de Ezequiel Emanuel y col. en *Lancet* (2) destaca: que un 50% de los pacientes terminales expresó que tenían dolor moderado o intenso, de ellos prácticamente la mitad consultaron a su médico de cabecera y un 20% consultó con un especialista, un mes antes de su muerte. De todos ellos, sólo un 29% vio incrementadas las medidas destinadas a paliar su dolor y el 9% optó por reducir o abandonar el tratamiento. El temor a una posible adicción y los efectos secundarios se esgrimieron como las razones para no proseguir con la terapia. En estos datos constatamos que el dolor acompaña frecuentemente al paciente en su trance de morir y la persistencia de una serie de prejuicios sobre el manejo del dolor que dificultan su puesta en práctica.

El dolor constituye uno de los motivos de consulta más frecuente dentro de la atención de salud, y es ya un tópico sostener que este se trata de forma insuficiente. Tal hecho puede ser comprensible en algunos tipos de dolor crónico que son de difícil tratamiento, pero es menos explicable en la mayoría de los cuadros de dolor, tanto agudo como crónico, en los que hoy existen suficientes evidencias terapéuticas para tratarlos de forma satisfactoria. Es fácil, por tanto, estar de acuerdo que es indispensable la formación adecuada de los médicos en el tratamiento del dolor, independiente de la especialidad que tengan y del ámbito en que se desempeñan.

La evidencia disponible actualmente pone de manifiesto que una correcta valoración biopsicosocial, un plan terapéutico correcto e individualizado y un manejo multidisciplinario mejoran el dolor crónico en lo que respecta a la disminución del dolor, pero sobre todo en lo referente a aspectos psicológicos y funcionales.

Como objetivo general de un presunto Plan Nacional de Manejo del Dolor estaría la mejora de la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico, de una manera racional, planificada y eficiente, garantizando el tratamiento adecuado del dolor mediante la coordinación de los distintos niveles de atención y de los recursos disponibles, aprovechando todos los existentes, asegurando la equidad, sin distinción por el tipo de enfermedad ni ámbito de atención, proporcionando calidad, efectividad y eficiencia en el uso de los recursos para conseguir la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales (3).

La importancia del tema de esta revisión descansa en una condición que podríamos considerar verdaderamente universal, porque eso es la experiencia de dolor y sufrimiento. No hay sociedades o cultura, ni tiempos en la historia en los que las personas no hayan vivido tales experiencias. Por eso se sostiene que el dolor es una experiencia universal (4). Pero más allá del ser, en este artículo queremos analizar, el deber ser de esta experiencia humana, o los deberes que genera en nosotros como profesionales a cargo del cuidado de las personas y como instituciones cuyo fin es atender las necesidades en salud, de todos los que creen tener necesidades. Dicho esto, podemos afirmar, que frente al dolor tenemos una responsabilidad; como profesionales de la salud y como instituciones prestadoras de servicios de atención en salud.

DOLOR Y RESPONSABILIDAD

Podemos acercarnos a la experiencia de dolor sólo desde un punto de vista conceptual, el cual ha sido definido como: "una desagradable experiencia (percepción) sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión" (5). Sin embargo, como casi todos, en alguna ocasión hemos padecido algún tipo de dolor, entendemos sin problemas, que para quién padece, el significado y la variabilidad del mismo son en definitiva muy distintos. El dolor se vive como una experiencia que genera rechazo, que puede causar una cascada de síntomas relacionados (perturbación del sueño, alteración emocional, incapacidad para concentrarse, etc.), que puede condicionar alteraciones en actividades básicas de la vida diaria como vestirse y lavarse, funciones mentales como leer y múltiples actividades sociales como recibir visitas y apoyo social. Hasta el punto de poder llegar a dominar la conciencia, haciendo que la persona sea física y mentalmente incapaz de alcanzar algunos objetivos que considera fundamentales para su vida. En definitiva pareciera sensato reconocer, que a la única instancia a la que podemos recurrir, es al propio paciente. Es en este argumento que se sostiene el concepto de que el dolor es una experiencia claramente subjetiva, surgiendo por tanto la primera obligación profesional o responsabilidad moral en el abordaje de un enfermo con dolor; que no es otra que la atención adecuada, interesada, la escucha activa de la persona que dice tener un dolor.

Cuando escuchamos de algunos profesionales expresiones como "si uno está enfermo y tiene dolor debe saber que no queda más remedio que aguantarse" o "este paciente es muy quejumbroso, ya le hemos dado suficiente analgesia, no hay más que hacer", o esta otra, típica de urgencias, "tranquilo, si sé que te duele, pero aguanta hombre, ya pasará" a uno le sigue asaltando la duda de que se haya incorporado el concepto de que "cuando el paciente dice que le duele, es que le duele" y por tanto tendremos que explorar las causas de ese síntoma y las estrategias para intervenir con él. En primer lugar atendiendo literalmente a los requerimientos del paciente con dolor, es decir, sin minimizar o negar aquello que nos están expresando. No es infrecuente el prejuicio de que "esta cirugía no duele", en circunstancias que la experiencia señala que algunas cirugías podrán doler menos, pero la gran mayoría duele en algún grado. Por ello, sociedades como la American Society of Anesthesiologist recomiendan que toda cirugía, debe considerar un plan de analgesia. En segundo lugar, activando una "imaginación empática", poniéndonos en el lugar del paciente, recordando como fue cuando a nosotros nos dolió. En tercer lugar abordándolo inmediatamente con medios y recursos adecuados y proporcionados, es decir, con el rigor de una práctica médica basada en evidencias.

DOLOR Y SUFRIMIENTO

Dolor y sufrimiento presentan una relación compleja. Ciertamente, tienen en común el carácter subjetivo, la estimulación nociceptiva, el desorden afectivo, la experiencia sensible y emocional desagradable, la interacción mutua, la interpretación en función de signos y símbolos imbricados en el contexto antropológico y cultural, la percepción

desagradable y las conductas de rechazo, huida o afrontamiento (6). No obstante, dolor y sufrimiento no son sinónimos, no son la misma experiencia. Ni el sufrimiento está necesariamente mediado por el dolor, ni todo dolor, ni siquiera intenso, lleva necesariamente a la experiencia de sufrimiento. Si bien todo sufrimiento no está mediado por el dolor, el sentido común y la experiencia indican que todo dolor conlleva una dosis de sufrimiento.

Ahora bien, aunque no sean equiparables, es conocido que el dolor suele ser un importante antecedente del sufrimiento. De hecho los pacientes informan de sufrimiento a causa del dolor (7) cuando sienten que éste, está fuera de control, cuando resulta abrumador, su fuente es desconocida, es crónico o se le atribuye un significado terrible (comienzo de recidiva de cáncer, muerte próxima, etc.).

Puede ser importante considerar la actitud tanto de los profesionales como de los pacientes, en la relación clínica, frente al dolor. El profesor Diego Gracia (8) ha sistematizado las tres actitudes históricas ante el dolor que se han dado en la cultura occidental, actitudes que en mayor o menor medida siguen estando presentes:

1.- La salud como gracia y el dolor como des-gracia: el dolor es provocado por una falta moral (el pecado); planteamiento típico de las culturas primitivas, en especial, la israelita.

2.- La salud como orden natural y el dolor como des-orden anti-natural: típico de la cultura griega, que se dota de un ingrediente positivo (la dimensión salvadora o redentora) con la aparición del cristianismo.

3.- La salud como dicha y el dolor como des-dicha: visión propia del mundo moderno; cada sujeto discierne sus propios dolores y define si son buenos o malos para él.

En nuestro medio aún permanece la idea de que el dolor es algo que pertenece al ámbito de lo natural, inevitable en ciertas enfermedades, y que soportarlo pasivamente es signo de virtud o estoicismo, aparejado todo ello al temor al uso de opiáceos en su tratamiento. Las causas de estas creencias pueden atribuirse al significado que una determinada visión de la religión otorga al dolor (purificación interior y su relación con la mortificación de la carne) y también a un hábito social que, poseyendo características de costumbre y norma no escrita, liga la capacidad de soportar el sufrimiento a la virtud. La idea del dolor como algo *natural* y de los fármacos, sean morfina u otros, como *antinaturales*, sigue profundamente arraigada en nuestra cultura. El clínico deberá estar atento a este factor, pues podrá encontrarse pacientes que sentirán que expresar su dolor o quejarse del mismo es vergonzoso, no es correcto o es signo de poca madurez o poca hombría y, por tanto, pueden acumular malestar innecesariamente (4).

LA FUNDAMENTACIÓN DESDE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Desde una óptica principialista, matizada por la propuesta de la escuela española de Diego Gracia, se suele afirmar que los profesionales tenemos cuatro obligaciones básicas, unas más exigibles, de **primer**

nivel (ser no-maleficentes y justos) y otras de **segundo nivel (hacer el bien y respetar y promover la autonomía moral del paciente)**. Esto quiere decir simplemente que estamos obligados a **no hacer daño, a un uso racional de los recursos, a procurar el bien y a respetar los valores y creencias de los pacientes**.

Es mandatorio que los profesionales tengamos clarísimo que la buena práctica clínica en el siglo XXI, es el resultado de un juicio probabilístico, que implica una deliberación racional, ponderada y prudencial sobre los aspectos científico - técnicos de un problema y sobre los valores implicados en el mismo. Y por tanto la ética profesional moderna, establece que la búsqueda del mayor bienestar posible para el paciente debe hacerse teniendo en cuenta la opinión del paciente al respecto y la gestión eficiente de los recursos; independientemente del ámbito laboral y profesional en que nos desenvolvamos.

El tratamiento del dolor no es una cuestión supererogatoria gestionada por el principio de beneficencia. Los profesionales han debido erradicar hace ya bastante tiempo, la idea de que son buenas personas y buenos profesionales por indicar un analgésico o terminar cediendo a la insistencia de los enfermos sobre su dolor. La falta de exploración o de atención a una experiencia de dolor intenso y controlable, o su asistencia inadecuada, puede ser valorada desde el principio de *no maleficencia*. Por ejemplo, la omisión por parte del sistema y de muchos profesionales de la atención a un politraumatizado conciente y que clama por el dolor, o un postoperatorio en un enfermo con umbrales distintos a los habituales, dichas acciones entran en el terreno de la contraindicación y, por tanto, estamos ante un problema de evitar o prevenir el daño, porque al paciente se le hace daño (no aliviándole el dolor), tanto por indicar terapias inadecuadas como por no utilizar tratamientos correctos cuando existen los medios para hacerlo. El profesional no debe hacer daño, esto no se refiere tanto al daño provocado intencionalmente (casos aislados y extraños), sino aquel producido por el desconocimiento, la falta de atención o la imprudencia. El tratamiento del dolor es un acto clínico que exige el establecimiento de buenas prácticas clínicas y la falta de formación al respecto ya no puede ser una excusa.

Estas cuestiones también afectarán al principio de justicia cuando no se dé un acceso igualitario de la población al tratamiento del dolor, bien por depender de la formación del facultativo que les toque, bien por no haber los dispositivos asistenciales adecuados. Por tanto las instituciones también tendrán obligaciones derivadas de los principios de no-maleficencia y justicia, que entre otras cosas estarán en función de las estructuras y los procesos que se desarrollan al interior de ellas. Hacer referencia al principio de justicia, por otra parte, parece obligado, pues el hecho de no garantizar la igualdad de oportunidades o de no tratar a las personas con la misma consideración y respeto en el orden de lo social, supone aumentar la experiencia de sufrimiento de muchos ciudadanos. Hoy se convierte en un imperativo moral la consideración del tratamiento del dolor como una prestación básica (6) en el sistema de salud y la transmisión a la sociedad, de mensajes veraces y correctos respecto al tratamiento del dolor.

Por otro lado, también afecta al principio de autonomía, pues un pa-

ciente no podrá ejercerla si desconoce las posibilidades de elección y así no será posible mejorar su dolor según sus deseos y creencias; no hay que olvidar que hay dolores asumibles y otros que no lo son y que corresponderá por tanto a la persona decidir acerca de la priorización de los objetivos terapéuticos. Sólo cada persona puede decidir sobre su propio dolor. Ya se sabe, el dolor más llevadero es siempre el dolor del otro (9). Se colige entonces, que el médico tiene la obligación de informar al paciente sobre las posibilidades de analgesia en el postoperatorio por ejemplo, incluyendo aquellos más sofisticados, pero no por ello menos necesarios, como son los Programas de Dolor Agudo.

Partiendo de la distinción básica entre ética de mínimos y de máximos que fundamenta Adela Cortina, en su teoría de la ética cívica o ciudadana y de la asunción de distinta graduación de obligatoriedad moral, diríamos que los niveles aplicables a las distintas tareas y actividades propias, del manejo del dolor generan en nosotros: obligaciones de no-maleficencia y justicia, que en este nivel nos delimita lo correcto y lo obligatorio y su incumplimiento suele conllevar una sanción. Por tanto son exigibles incluso en forma coactiva (10).

Sin embargo, dadas las características de la experiencia de dolor, parecieran no haber dudas, de que los profesionales debemos ir más allá de la mera corrección, lo que implica los "buenos cuidados" y la atención solícita. Respeto y diligencia, podemos afirmar que también son exigibles. En consecuencia, parece que la responsabilidad profesional no se limita a observar mínimos y a mantener determinados grados de eficiencia, sino que todo parece apuntar a grados más altos de excelencia profesional o, dicho de otro modo, afirmamos con firmeza que la experiencia de dolor y sufrimiento reclama compromiso responsable y de calidad. En este contexto no parece aceptable tampoco, aquella conducta que llama a "esperar a ver si el paciente acusa dolor" para recién entonces recurrir a una indicación de analgesia más efectiva. El paciente que tiene que esperar una sola hora de dolor severo para lograr alivio difícilmente borrará de su memoria el dolor y el sufrimiento experimentados. La experiencia de dolor y máxime aún si se acompaña de sufrimiento, puede generar unas condiciones de vida peores que la propia muerte. La sociedad a través del Estado, tiene la obligación de poner todos los medios a su alcance para evitar estas situaciones de marginación. Del mismo modo, en instituciones públicas y privadas, es prioritaria la organización de unidades del dolor y, sobre todo, de unidades de cuidados paliativos en los distintos centros de atención en salud.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Enfrentados a la realidad del dolor; la respuesta ética, la responsabilidad por antonomasia del profesional se encuentra en ser, lisa y llanamente, un buen profesional. Hoy, el buen clínico se mueve en torno a tres ejes claves. Ha de conocer los estándares actualizados de buena práctica clínica en su disciplina, habrá de manejar las estrategias de relación de ayuda (consejería y comunicación terapéutica) (11) y habrá de ser capaz de establecer un proceso de deliberación moral con el paciente, fundamentado en valores, de cara a la toma de decisiones.

Desde este punto de vista pueden establecerse tres grandes determinantes que, en primer lugar, condicionan habitualmente las decisiones sobre el tratamiento del dolor y, en segundo lugar, permiten evaluar la adecuación entre lo que el paciente desea y lo que los profesionales y las instituciones realizan para hacerlo efectivo:

a.- Los conocimientos de los profesionales sobre el tratamiento del dolor. Tenemos conocimientos para controlar el dolor en el 95% de los casos. Conocemos las necesidades psicológicas de los pacientes y sus familias, y finalmente, estamos empezando a saber cómo y con qué medios podemos llegar a satisfacer estas necesidades. Lo que queda es que los profesionales reconozcan la necesidad del cambio y se equipen para aportar el cuidado necesario. No podemos seguir ignorando nuestra responsabilidad (12). En términos de actos obligatorios, recomendables, permisibles o prohibidos, la formación de los profesionales estaría dentro de los actos obligatorios. Afecta directamente a la buena práctica y a la justicia. La falta de formación tiene consecuencias objetivas de falta de atención en salud, de problemas para la puesta en marcha de servicios asistenciales, de discriminación y de limitación de la autonomía de los pacientes. Las excepciones respecto a los conocimientos que hay que divulgar y adquirir pueden darse en los casos de tratamientos experimentales o altamente especializados. Esta especialización no eximirá al médico de tener constancia de que existe tratamiento, y así, poder derivar al paciente allí donde puedan ofrecérselo. Cuando se plantea cuál es el criterio que rige la ética del médico en la relación clínica, decimos que es el de no-maleficencia. Su contenido hace referencia a la buena práctica clínica: lo que el médico debe saber y hacer para realizar con corrección su trabajo. Por todo ello, es condición ética imprescindible estudiar, aprender y conocer lo máximo posible del ámbito en que se trabaja. En relación con el tratamiento del dolor, de los estudios realizados se desprenden dos consideraciones: por una parte, que es el desconocimiento de las buenas prácticas clínicas es la causa fundamental de que no se aplique un tratamiento especializado o experto del dolor, y por otra, que esa ignorancia genera la falta de reconocimiento de la función que cumple este tipo de servicio.

b.- El tratamiento del dolor como prestación por parte de las instituciones. La supresión o al menos el alivio del dolor parecería un objetivo de primer orden. Sin embargo, según la OMS, el alivio del dolor en el cáncer y en la enfermedad terminal, siendo un problema relevante de salud pública, sigue estando "descuidado" en todos los países. Es a los gestores del sistema de salud, a los que corresponde la responsabilidad de poner en marcha los servicios necesarios para la correcta y justa atención del tratamiento del dolor. Tarea que ha de acompañarse de divulgación e información, tanto a usuarios como a profesionales. Corresponde también a las autoridades de salud y políticas, la distribución equitativa de servicios para el acceso de todo el que necesite, tratamiento de su dolor, y la realización de una evaluación de la calidad de los servicios que sea constante y conlleve acciones consecuentes. No está de más señalar los costos involucrados derivados de las prestaciones en salud. A esto no escapa el alivio del dolor en sus diversos escenarios clínicos. Sabemos que no pocas veces los pacientes se enfrentan

a barreras u obstáculos derivados de la escasa o nula cobertura que consideran las instituciones aseguradoras en salud. Sin duda alguna, a ellas también corresponde tener presentes las obligaciones que la atención y la asistencia del dolor genera como responsabilidad básica, en un sistema eminentemente solidario y en el cual los beneficiarios son obligados a imponer por ley.

c.- Algunas opiniones generalizadas en la población sobre el dolor y su tratamiento. La Asamblea Mundial de la Salud, entre otras recomendaciones, insta a los Estados miembros a que den su apoyo en la preparación y difusión de informaciones sobre el dolor que sean objetivas y completas. En definitiva, un abordaje éticamente adecuado del problema, pasa por una tarea de información y educación, conducente a evitar el dolor y el miedo a él y a su tratamiento. Todo ello favorecerá que las personas nos apropiemos mejor de nuestro cuerpo. Sería justo, que ante el dolor, todos estuviéramos en las mismas condiciones de posibilidad, pudiendo elegir según nuestro propio proyecto personal (6).

CONCLUSIONES

Si nos planteamos en el manejo del dolor; como en cualquier otro proceso de enfermedad o dolencia; el objetivo común de ofrecer a los ciudadanos en las instituciones públicas y privadas, unos servicios de alta calidad, iniciaremos un camino que podría ser muy estimulante para todos los profesionales implicados. Analizar los diversos componentes que intervienen en el manejo del dolor, para ordenar los diferentes flujos de trabajo, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los pacientes y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable. Podría generar un impulso de cambio en las instituciones, basado en el fuerte compromiso de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el paciente. Se trataría de un abordaje integral en el caso en cuestión, del manejo del dolor, ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una atención hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad de la atención y la coordinación entre los diferentes niveles de asistencia se convierten en elementos esenciales. El esfuerzo por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para todos los interesados; ha ido tomando cuerpo y convirtiéndose en una exigencia para los profesionales y sobre todo para las instituciones, exigencia que en un futuro próximo los pacientes, usuarios y en definitiva la sociedad toda, considerará irrenunciable.

Podemos concluir señalando que hay un progreso que lograr; que las personas con dolor dispongan de tratamientos que eviten, eliminen, o al menos, hagan soportable el dolor. Para lograrlo se necesita desarrollar inaplazablemente tres tareas: formar a los profesionales en el abordaje del dolor según buenas prácticas clínicas, instaurar en nuestras instituciones el tratamiento del dolor como prestación básica y comu-

nicar los conocimientos sobre el dolor y su tratamiento a la ciudadanía. Aunque en una pequeña escala, este esfuerzo de la Revista Médica de Clínica Las Condes, constituye un decidido e importante apoyo a que todos, profesionales, instituciones y pacientes, nos comprometamos con el manejo del dolor total.

Quiero expresar mi gratitud al Comité Editorial y al Editor de este número, por haberme invitado a compartir con nuestros lectores un tema, que podría ser sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica profesional, que sume a la excelencia técnica la excelencia ética y avanzar en la idea de un cuidado de mejor calidad y mayor corrección en nuestras instituciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mark J. Hanson, Daniel Callahan, *The Goals of Medicine*, Washington D.C., Georgetown University Press, 1999, p.4.
2. Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, Emanuel EJ. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet* 2001; 357: 1.204 - 5.
3. Proceso Asistencial Integrado. Dolor crónico no oncológico. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007. pp. 11 - 12.
4. Javier Barbero G. Sufrimiento y Responsabilidad Moral. Monografía Humanitas 2. 2004 Ed. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. <http://www.fundacionmhm.org> pp. 151 - 70.
5. International Association for the Study of Pain Sub-Committee on taxonomy of pain terms. A list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979;6:249-252.
6. Marijuán M. El tratamiento del dolor y sus problemas éticos. En: Couceiro A (ed.). *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triacastela, 2004; 129 -143.
7. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of Medicine. *N Engl J Med* 1982;306:639-645.
8. Gracia D. Historia del Dolor. *Teología y Catequesis* 1989;29:23-35.
9. Couceiro A. Problemas éticos de los cuidados paliativos. En: Torres LM (ed.). *Medicina del dolor*. Barcelona: Masson, 1997; 426-438.
10. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema Universidad, 1989.
11. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. *Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel, 2003.
12. Gilmore A. Treating the terminal patient: "Ignorance is rife". *CMAJ* 1986; 135: 235-6.