

Aspectos Éticos de la Asistencia al Paciente Moribundo Mons. Elio Sgreccia

1. Cómo se insinúa en la sociedad la cultura de la muerte

En el ámbito de la actividad de asistencia sanitaria, el paciente moribundo ocupa un lugar muy importante que hunde sus raíces en la concepción de la vida y del hombre. Acompañar en las últimas fases a un paciente plantea interrogantes profundas al médico y al personal de enfermería, interrogantes que no pueden ser resueltas solamente con un método técnico; la verdadera naturaleza de tales cuestiones es antropología y ética. A la ética se le reconoce hoy un papel esencial en la organización de la salud[1]. Por otro lado, usualmente afirmamos que sabrá afrontar la muerte del paciente sólo aquel que haya resuelto el problema de la propia muerte. Lamentablemente, tal conciencia no está difundida y ésta es una de las razones por las cuales observamos en el mundo el florecimiento de lo que el Santo Padre llama “la cultura de la muerte”.

La pobreza de la conciencia antropológica está acompañada por la influencia de una ética procedimental que procura sustituir la comprensión profunda del hombre por un equilibrio de principios éticos que, sin embargo, carecen del fundamento necesario en la ontología de la persona. Como afirma Gayling en una famosa obra suya[2], se observa una perversión del concepto mismo de autonomía del paciente que no respeta su realidad de relación ni de la autonomía del médico; la relación médico/paciente se desnaturaliza y envilece en una dinámica cliente / técnico; el consentimiento informado, lejos de ser el lugar donde se constituye la alianza terapéutica, se transforma en un procedimiento de salvaguardia jurídica del médico; la economía sanitaria, en vez de ser una ciencia dirigida a encontrar los recursos necesarios para asistir al enfermo, se transforma en un índice cualitativo de la productividad del enfermo.

No sorprenderá, entonces, que el morir se convierta en el último absurdo evento de una vida de la cual no se supo aprehender el significado, absurdo por esto extremadamente más doloroso y fuente de desesperación.

Esta es la razón por la cual pensamos que la asistencia al paciente moribundo requiere un esfuerzo más que técnico, de naturaleza antropológica, capaz de restituir al hombre el verdadero sentido de su muerte y de iluminar su conciencia según la verdad. Querer condicionar el valor objetivo de la vida humana sobre la base de “índices de calidad”, confundiendo por tanto el valor de la vida con el valor de la calidad de la vida, domina la valoración de la vida humana en sus últimos momentos. De este modo se llega al fenómeno de la “eutanasia”. Drama moral que puede ser descrito esquemáticamente por tres etapas sucesivas que en este momento delineamos brevemente[3]. La primera etapa que conduce hacia la situación actual está dada por aquellas situaciones que ponen al médico frente a casos de excepcional gravedad. Éste, habiendo puesto en acción todos los recursos terapéuticos y asistenciales disponibles, ve sufrir de modo extremo a su paciente que va, sin duda alguna, hacia una muerte lenta pero irrevocable. Tal situación, real caso límite[4], convence al médico de eliminar a su paciente por pura compasión. Esta perturbación de la vocación médica, mitigada en la conciencia por la dramaticidad del caso, será el primer paso: de hecho el valor y la dignidad de la vida humana ya no serán bienes indispensables.

La segunda etapa consistirá en ensanchar la aplicación de la eutanasia hacia otros casos clínicos que, si bien no son tan dramáticos como el primero, son considerados por el médico, por quien los observa, o por el paciente mismo, como una “condición de vida no digna”. En este punto ya no se discute sobre la inviolabilidad de la vida humana (dando por descontado que no se trata de un principio moral absoluto), sino sobre la valoración de la dignidad de la vida en concreto. De este modo, la eutanasia se convierte en un argumento de habitual reflexión al interior del foro científico y jurídico donde, poco a poco, no se hablará ya de su carácter lícito / ilícito, sino más bien de su mayor o menor conveniencia en casos concretos, de las normas que deben regular su aplicación y de su aceptación social y política. Por otro lado, se pondrá cada vez más en evidencia la conveniencia de la eutanasia en términos de un cálculo costo/beneficio.

La tercera etapa será dar la eutanasia aún a quien no la pida[5]. Se trata de un retorno al peor modelo de paternalismo médico que, frente a una vida sufrida, decide dar la muerte como la solución que él mismo elegiría. El operador sanitario (el médico o enfermero/a) adquiere entonces un poder discrecional sobre la vida del paciente [6]. De este modo la eutanasia se transforma en un acto virtuoso, llegándose a negar que la vida tenga un valor intrínseco [7].

La causa profunda de este proceso cultural puede ser individualizada en la estrategia para conquistar el consenso público sobre la eutanasia[8], que culmina en una idea perversa de libertad, valor que llega a configurarse como poder sobre los otros y contra los otros[9]. Por este camino se llega a difundir en la opinión pública la idea de que o se está a favor de la eutanasia o se acepta ser cruel con el enfermo: se construye por tanto un falso dilema que podremos desenmascarar distinguiendo la defensa de la vida del ensañamiento terapéutico, la eutanasia de la aceptación de la muerte.

En realidad, “el corazón del drama”[10] está en el proceso de secularización que ha investido toda la sociedad, “el eclipse del sentido de Dios y del hombre, típica del contexto social y cultural dominado por el secularismo (...)”[11].

Definición de Eutanasia

Partamos de la consideración de la eutanasia para aclarar cuál debe ser el tipo de asistencia al paciente terminal. Podemos definir eutanasia basándonos en distintos puntos de observación. El esfuerzo definitorio es un tema estrechamente ligado con la metodología clínica y la distinción semántica de los diversos términos es de capital importancia no sólo para impedir una comunicación ambigua, sino también para evitar malentendidos que a veces confunden el debate bioético.

Tomemos por definición aquella ofrecida por Marcozzi, sobre la cual se reencuentran también otros juristas y moralistas de reconocida competencia; por eutanasia se entiende “la supresión indolora o por piedad de quien sufre o se piensa que sufre o que pueda sufrir en el futuro de modo insoportable”[12].

Para evitar posibles confusiones nosotros usaremos el término eutanasia solamente en el sentido verdadero y propio, definido por el documento y por los teólogos moralistas, reservando el término “cura del dolor” o terminología médica más técnica para otros casos. Para completar el panorama de las definiciones es necesario agregar que hoy se habla de eutanasia no solamente en relación al enfermo grave y terminal, sino también en otras situaciones en el caso del neonato que padezca defectos graves (wrongful life) para el cual algunos sugieren el abandono mediante sustracción de alimentos con el fin de evitar el sufrimiento -así se dice- del sujeto y el peso a la sociedad. En situaciones como ésta se habla de “eutanasia neonatal”. Está apareciendo ahora otra acepción de eutanasia llamada “social”, la cual se plantea no ya como la elección de un simple individuo, sino de la sociedad.

Se argumenta que, como consecuencia del aumento de los gastos en salud, la economía de un país no estaría en condiciones de sostener el gasto financiero requerido para la asistencia de los enfermos con patologías muy prolongadas en cuanto al pronóstico y muy onerosas en cuanto a los costos. Los recursos económicos serían así conservados para los enfermos que una vez curados, puedan volver a la vida productiva y laboral. Esta es una de las amenazas de una economía que quisiera obedecer solamente al criterio del costo-beneficio.

El examen de la definición nos obliga a subrayar la doble forma con la cual puede ser llevada a cabo la eutanasia: a través de una acción o de una omisión. Se puede hablar por tanto de eutanasia activa u omisiva, según si se trata de una intervención para anticipar la muerte (una intención letal) o de la privación de una asistencia todavía válida y debida. Los periódicos y la prensa hablan de eutanasia pasiva, confundiéndola con la omisiva: no son lo mismo. A veces es necesario ser pasivo, es decir, no llevar a cabo intervenciones desproporcionadas, pero no es lícito omitir los cuidados debidos.

El falso dilema entre eutanasia y crueldad hacia el paciente

Esta aclaración definitoria puede liberar el campo del falso dilema que contrapone la aceptación de la eutanasia, dirigida a dar al paciente una muerte considerada “digna”, a una postura de cruel desapego hacia el mismo, casi un abandono en la fase terminal de la enfermedad. Para nosotros este dilema no existe porque, junto con rechazar la eutanasia, indicamos siempre la vía de la asistencia clínica, psicológica y pastoral del paciente, de modo tal que pueda afrontar del mejor modo posible sus últimas jornadas de existencia terrena.

2. RECHAZO DE LA EUTANASIA

Evaluación teológica de la eutanasia

Para delinear un itinerario ético de asistencia al enfermo terminal, es necesario antes que nada tomar una posición clara frente a la eutanasia verdadera y propiamente dicha.

En la Encíclica *Evangelium Vitae*, Su Santidad Juan Pablo II ha confirmado y sintetizado aquello que es la postura de la enseñanza magisterial respecto a la vida en general y a la eutanasia en particular. Este documento nos ofrece dos indicaciones importantes, que presentamos a continuación de forma esquemática:

La primera es la conexión, de naturaleza antropológica y teológica, que existe entre el aborto y la eutanasia, que hace de estos dos fenómenos el fundamento de aquella cultura de la muerte que amenaza con penetrar cada vez más las sociedades consideradas como avanzadas.

No se trata sólo de actos aislados que ofenden la dignidad humana de quien la sufre y de quien la cumple, sino que constituyen un verdadero y real atentado contra la humanidad y contra los derechos fundamentales del hombre[13]. El aborto y la eutanasia tienen su profunda causa en la ilusión del hombre de sustituir a Dios como Señor de la vida y de la muerte. “Se vuelve a proponer la tentación del Edén: transformarse en Dios -conociendo el bien y el mal (Gen, 3.5 EV. N. 66)-” que necesariamente llevará al dominio del más fuerte sobre el más débil en una lógica inmanente que, infringiendo el verdadero sentido de la filiación divina, vacía de significado la virtud de la solidaridad.

Tanto en el aborto como en la eutanasia la causa próxima de la decisión será el rechazo del sufrimiento más allá de la comprensión de éste como vía de identificación con Cristo. El sufrimiento humano es entendido, entonces, como una cosa sin sentido, actuando un reduccionismo antropológico y existencial que elige, evidentemente, el materialismo como referencia necesaria.

La segunda indicación es la valoración moral de la eutanasia como “una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto es moralmente inaceptable matar deliberadamente a una persona humana (EV. N. 65)”. Esto es afirmado de modo solemne en la Encíclica, subrayando que se trata de una enseñanza en continuidad con el Magisterio precedente de Pío XII[14], de Paulo VI[15], del Concilio Vaticano II[16], de la doctrina expuesta (...) en Declaraciones de la

Congregación para la Doctrina de la Fe[17] y de las enseñanzas de inminentes doctores de la Iglesia, como Santo Tomás de Aquino, que “siempre fue propuesto por la Iglesia como maestro del pensamiento y modelo del recto modo de hacer teología”[18], y San Agustín de Hipona[19]. Podemos afirmar que se trata sin duda de una doctrina enseñada como definitiva por el Magisterio ordinario y universal de la Iglesia. “Podría parecer que en la doctrina sobre la eutanasia haya un elemento puramente racional, dado que la Escritura no parece conocer el concepto. Sin embargo, emerge en este caso la mutua interrelación entre el orden de la Fe y el de la razón: la Escritura excluye, por cierto, con claridad, cualquier forma de autodisposición de la existencia humana como la supuesta en la praxis y en la teoría de la eutanasia”[20].

El Santo Padre recuerda que “tal doctrina está fundada en la ley natural”[21], de modo que “aún entre dificultades e incertidumbres, con la luz de la razón y no sin el influjo secreto de la Gracia, puede llegar a descubrir (...) el valor sagrado de la vida humana desde su inicio hasta su término”[22].

Valoración filosófica de la eutanasia

La misma enseñanza de la Iglesia nos pide justificar también filosóficamente el rechazo de la eutanasia.

Visto que el valor de la vida humana “puede ser conocido en sus rasgos fundamentales aun por la razón humana”[23] este conocimiento racional de la naturaleza humana y la comprensión de su dignidad reclama un retorno a un realismo que sepa ir más allá del realismo puramente ontológico de estampa aristotélica, más allá del realismo fenomenológico del *zurück zum Gegenstand* (regreso al objeto), para llegar a un realismo personalista del retorno, no tanto al objeto, sino al hombre en cuanto persona[24]. La vida humana tiene ese valor y dignidad en sí, por ser vida de una persona. La vida física es constitutiva de la persona que es espíritu encarnado, y es condición de su existencia en el mundo; es su valor fundamental. Por tanto, ella no puede ser valorada tomando como criterios valores menores y relativos, ni puede ser declarada a disposición de otros. Es indisponible. No se puede derivar su ser “digno”, por ejemplo, a partir de la edad cronológica, ya que ésta depende de la vida y no al contrario. No podrá ser la salud la que dé dignidad a la vida humana porque la salud, que hace referencia al cuerpo, no posee la vida en sí, sino que participa de la vida. En otras palabras, la salud es el estado del cuerpo de una persona viva: en efecto en la muerte el cuerpo pierde su dignidad porque ésta era participada. Además la vida humana no podrá ser más o menos digna según la riqueza de la persona, ya que una relación de posesión es una relación accidental y no sustancial y, por tanto, no puede ser constitutiva de la persona misma. En definitiva, la dignidad de la vida humana no se funda en otros valores que puedan ser relativos a la persona, sino que será aquel valor fundamental de la persona misma.

Por otro lado, si la vida de una persona individual fuera declarada disponible y puesta al arbitrio, por ejemplo, de la sociedad o de otras personas, el estado mismo sería homicida y anárquico: en cada persona existe el bien de toda la humanidad. Esto no quiere decir absolutizar la vida física respecto de la espiritual de la persona, porque la vida del cuerpo no es toda la realidad de la persona y hay bienes que superan en valor a la vida corpórea. Por lo tanto la muerte del cuerpo puede y debe ser aceptada cuando la vida corpórea viene a menos o cuando lo exija un bien más alto (de la persona). En este sentido la *Evangelium vitae* ha puesto en evidencia con claridad el carácter ilícito de la eutanasia, pidiendo al mismo tiempo la aceptación de la muerte natural o también del martirio y del sacrificio por otros: “Ciertamente, la vida del cuerpo en su condición terrena no es un valor absoluto para el creyente, sino que se le puede pedir que la ofrezca por un bien superior; como dice Jesús, “quien quiera salvar su propia vida, la perderá, pero quien pierda su vida por causa mía y por el Evangelio, la salvará” (Mc 8,35)[25].

Por tanto, más allá de la razón “teológica”, el Magisterio Católico funda sus enseñanzas en el derecho natural, confiando en que estas enseñanzas recogerán el consenso de tantos hombres que, “por encima de las diferencias filosóficas o ideológicas, tienen una viva conciencia de los derechos fundamentales de cada persona humana (...) tratándose de derechos fundamentales de cada persona humana, es evidente que no se puede recurrir a argumentos sacados del pluralismo político o de la libertad religiosa para negarles valor universal”[26]. Nos encontramos ante un valor que, siendo fundamento de cada derecho, es absolutamente indisponible.

El concepto de dignidad traduce a nivel axiológico, la concepción cristiana que ve al hombre como única criatura que Dios ha querido por sí misma[27] y que está estrechamente ligada a la Gloria de Dios Creador siendo “su imagen y semejanza” (1 Cor 11,7). Cualquier discurso sobre bioética debe insistir ante todo en aquello que es racionalmente válido para cualquier hombre creyente o no creyente, pero no podemos callar esta visión, propia de gran parte de los hombres creyentes, y proponible a cualquier hombre. Por esto, la Constitución pastoral *Gaudium et spes* habla de la dignidad del hombre afirmando que: “según la opinión casi máxima de creyentes y no creyentes, todo lo que existe en la tierra debe ordenarse al hombre, como su centro y su culminación”[28].

La condena de la eutanasia vale también para el suicidio asistido. El hecho de que al paciente le sea reservado el último gesto de supresión de la vida luego que el médico haya dispuesto lo necesario para tal fin, constituye sólo técnicamente un desplazamiento de la función de agente material del acto ilícito hacia el paciente, transformándose el médico en un colaborador profesional de tal acto de muerte. Es claro que ni siquiera el sujeto paciente puede pedir la supresión de la propia vida ni realizar tal supresión, porque no es dueño de la propia vida. El suicidio, por tanto, no es un acto conforme a la verdadera naturaleza de la libertad, porque priva al sujeto de la raíz de la libertad que es la vida y constituye una ofensa a la responsabilidad.

Valoración deontológica de la eutanasia

Relacionada con la valoración filosófica existe también una valoración deontológica que, para ser breve, esquematizaremos a continuación: 1. El acto eutanásico no es de competencia médica, dado que el fin de la profesión sanitaria es la salvaguarda y la protección de la salud y de la vida. 2. Dar muerte a un enfermo no puede ser considerado un acto científico (en el ámbito de la ciencia médica), porque no puede ser valorado desde un punto de vista experimental. Configura por tanto, una ruptura metodológica con la ciencia médica misma. 3. Es imposible llevar a cabo la eutanasia obteniendo del enfermo un verdadero consentimiento informado. La razón de esto es evidente, pues nadie podrá informar al paciente sobre lo que será para él la muerte. Esta es la raíz que nos lleva a considerar la eutanasia como una grave lesión del principio de autonomía del enfermo, aún cuando éste esté consciente.

El rechazo del ensañamiento terapéutico y de la distanasia

El Magisterio católico, en armonía con la recta razón, rechaza con claridad el “ensañamiento terapéutico” que, en un intento por prolongar la vida a cualquier costo, llega al extremo opuesto, que es la distanasia. El ensañamiento terapéutico es definido de modo preciso. Este se configura en tres situaciones precisas definidas por los autores:

Continuar la ventilación mecánica después de la muerte cerebral total;

Realizar terapias ineficaces, que aumentan el dolor;

Realizar terapias claramente desproporcionadas en relación a los costos humanos y la utilidad para el paciente.

Para definir estos conceptos es necesario recordar los criterios de “constatación de muerte”. Se sabe que el problema de la definición del “juicio de muerte” es objeto de varias “declaraciones” internacionales que fijan los parámetros dentro de los cuales el médico puede firmar el certificado de muerte. La declaración de Ginebra de 1968 define el “estado de muerte”, cuando se determinan los siguientes datos de modo acumulativo: cesación de cualquier signo de vida de relación, ausencia de respiración espontánea, atonía muscular y falta de reflejos, caída de la presión arterial a partir del momento en el cual no es sostenida farmacológicamente, nulidad del trazado electroencefalográfico (EEG). Sabemos que estos criterios son siempre objeto de discusiones y profundización. Sin embargo, nos parece que éstos deben ser tomados como obligatorios. Hoy, gracias al progreso conjunto de las ciencias neurológicas y diagnósticas, se reconoce casi unánimemente que la muerte clínica del individuo puede ser lícitamente establecida luego de la verificación del estado de muerte cerebral total. En este ámbito, por tanto, es oportuno considerar ulteriormente algunos casos delicados, de pacientes en coma, en atención a los documentos de algunos episcopados, en particular el Secretariado del Episcopado francés.

En el caso del coma entendido como “reversible” es obligatorio usar todos los medios a disposición, porque la recuperación de la vida, posible o probable, vale cualquier tipo de sacrificio económico o asistencial. Esto parece tanto más necesario cuanto el paciente en coma no puede expresarse y dar su consentimiento; por tanto, sus parientes y el cuerpo médico tienen el deber de hacer todo lo posible con los medios de reanimación, aun extraordinarios, siempre y cuando estén accesibles.

Cuando el coma se presenta, al parecer de los expertos, como “irreversible”, queda la obligación de los cuidados ordinarios (entre los que se incluyen la hidratación y la nutrición parenteral). No se está obligado a practicar medios particularmente debilitantes y costosos para el paciente, condenándolo a la prolongación de una agonía vivida en condiciones privadas de cualquier posibilidad de recuperación de la conciencia y de la capacidad racional. Se tendría, en este caso, un indebido “ensañamiento terapéutico”. El juicio sobre la irreversibilidad del coma y sobre la condición de irrecuperabilidad de la conciencia no es fácil y se apoya en la consideración de personal sanitario competente y consciente.

Cuando el coma se presenta, al parecer de los expertos, como “irreversible”, queda la obligación de los cuidados ordinarios (entre los que se incluyen la hidratación y la nutrición parenteral). No se está obligado a practicar medios particularmente debilitantes y costosos para el paciente, condenándolo a la prolongación de una agonía vivida en condiciones privadas de cualquier posibilidad de recuperación de la conciencia y de la capacidad racional. Se tendría, en este caso, un indebido “ensañamiento terapéutico”. El juicio sobre la irreversibilidad del coma y sobre la condición de irrecuperabilidad de la conciencia no es fácil y se apoya en la consideración de personal sanitario competente y consciente.

En el caso en el cual todas las funciones cerebrales del paciente, incluidas aquellas del troncoencéfalo, estén completa e irreversiblemente dañadas -según los criterios neurológicos ya expuestos- sería un inútil ensañamiento y un engaño prolongar de modo artificial algunas funciones biológicas de una vida que ya no existe como un todo[29]. Es necesario reconocer que, no obstante estas indicaciones, existen casos no solamente de coma profundo e irreversible, sino también casos de coma prolongado en los que el enfermo permanece en ese estado aún cuando se apliquen solamente cuidados ordinarios. Existen casos en los cuales este estado comatoso irreversible, con una vida puramente biológica, ha durado por meses o años (estado vegetativo persistente). Tal fue, tal vez, la situación de Karen Ann Quinlan, la joven americana de quien se ocupó la prensa a lo largo de diez años. Análogo fue el conocido caso de la joven Nancy B. Cruzan que en estado vegetativo persistente, fue alimentada artificialmente durante aproximadamente ocho años. Pero luego de varias sentencias de tribunales se decidió cesar tal alimentación -ocurriendo su muerte unos diez días después- en la presunción, apoyada en testimonios, de que ésta fuese su voluntad[30].

En estos casos la familia debe ser sostenida en este compromiso excepcional y costoso.

Valoración crítica del Living Will, Do not resuscitate order y criptoeutanasia

En el Nuevo Código de Deontología Médica Italiano, se indica que el médico deberá referirse a la voluntad precedentemente expresada por el paciente, naturalmente en los casos en que éste no esté consciente. Tal postura se incluye en el debate que desde hace varios años se está desarrollando en torno al llamado “testamento vital” o Living Will.

En los Estados Unidos de Norteamérica el “Natural Death Act” (ley sobre la muerte natural) emitido en el Estado de California y extendido en términos equivalentes en otros Estados de la Unión, data de 1976. La ley en concreto concede a cada adulto disponer de la no aplicación y de la interrupción de las “terapias de soporte vital” en el caso cercano al “extremo de las condiciones existenciales”.

Por extremo de las condiciones existenciales se entiende la fase terminal, en la cual el empleo de estas terapias pospondría la muerte, pero no podría recuperar la vida. Por cuidados de soporte vital se entiende cualquier medio o intervención médica que use aparatos mecánicos artificiales para sostener, reactivar o sustituir una función vital natural y que, si son aplicados, servirían solamente para posponer el momento de la muerte. El paciente debe haber recibido un diagnóstico infausto firmado por dos médicos.

Es necesario reconocer que, a primera vista, este procedimiento puede corresponder a cuanto fue dicho en la Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre la Eutanasia donde se afirma: “Es siempre lícito contentarse con los medios ordinarios que la medicina puede ofrecer. No se puede, por tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de terapia que, aunque esté en uso, aún no está exenta de riesgos o es demasiado onerosa”, o también en el pasaje precedente que afirma: “Es lícito interrumpir la aplicación de tales medios (los medios puestos a disposición de la medicina más avanzada - n.d.A.), cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero al tomar una decisión tal deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes”.

También la “United States Catholic Health Association” distribuyó en 1974 un documento (Christian Affirmation of Life) que contiene esta afirmación: “considero que, si es posible, me sea consultado respecto a los procedimientos médicos que podrían ser usados para prolongar mi vida, cuando la muerte se avecine. Si yo no puedo tomar parte en las decisiones concernientes a mi futuro y no hay expectativa razonable de una recuperación de condiciones de invalidez física o mental, yo solicito que no se empleen medios extraordinarios para prolongar mi vida”. Otras iniciativas similares surgieron después, como la propuesta de “testamento vital” hecha por el Comité episcopal para la defensa de la vida de la Conferencia Episcopal Española[31].

Sin embargo, sobre el procedimiento del Living Will[32] quedan incertidumbres relevantes, principalmente sobre la validez jurídica y moral de una voluntad testamentaria expresada con anticipación, fuera de las condiciones concretas de la enfermedad, sobre un bien, que es la vida y que no es una cosa. Pero queda también la incertidumbre de fondo sobre la interpretación en el caso concreto de aquellos que son llamados medios de soporte vital y sobre la determinación de las condiciones de irreversibilidad: ¿son también entendidos como medios de soporte vital la ayuda a la respiración, la nutrición, la higiene personal, la hidratación? ¿Son éstos realmente los medios de los que habla la Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe o los medios extraordinarios de los que habla la Christian Affirmation of Life? ¿Es lícito “excusar” al médico de tener una valoración propia aún en contra del paciente? ¿Cómo podría el médico, en estas condiciones, ser autónomo en la propia conciencia y en el papel de “prestador de mano de obra intelectual” cuando su inteligencia es la que debe valorar los medios idóneos para asistir al enfermo terminal? Alguno ha señalado que el living will parte del presupuesto que el médico quiere siempre, a toda costa, practicar terapias heroicas.

Criptoeutanasia y analgesia

Usualmente hablamos también de una forma escondida o encubierta de eutanasia, la criptoeutanasia, que consiste en acciones u omisiones que tienen un valor eutanásico, pero que son presentadas como procedimientos normales de asistencia.

Para no alargarnos excesivamente, nos referiremos en este ámbito al debate que actualmente se está desarrollando en torno a la terminal sedation. El uso de narcóticos en la fase pre-exitus de la enfermedad puede considerarse como una intervención farmacológica lícita y debida para disminuir la intensidad del sufrimiento, o como una sedación farmacológica desproporcionada que incluye también la interrupción de la alimentación y de la hidratación del paciente que morirá entonces, en estado de inconciencia, de hambre y de sed, o por efecto de una sobredosis. Naturalmente, la analgesia debe ser “proporcionada” a la atenuación y soportabilidad del dolor. Entre las analgesias idóneas se deberá elegir aquella que presente menores riesgos de abreviar la vida[33]. Para el uso de la analgesia que anula la conciencia de modo permanente, se requiere el consentimiento del paciente y la verificación de que el paciente haya podido realizar su última voluntad. Es siempre lícito rechazar la analgesia para dar conciencia y significado al propio sufrimiento.

Proporcionalidad de la terapia

A la luz de la visión ontológico-personalista, la intervención a favor del paciente deberá hacer referencia al principio de la proporcionalidad terapéutica, que puede ser así definido: es éticamente aceptable cualquier terapia que se comporte como un soporte positivo y que sea equilibrada en la relación riesgo/beneficio. El Magisterio católico considera lícito sobre esta materia:

Ante la falta de otras posibilidades recurrir, con el consentimiento del paciente, o de quien haga las veces de éste, a tratamientos médicos avanzados, todavía en vía experimental aunque presenten riesgos concretos.

Interrumpir los tratamientos antedichos, si éstos desilusionan las esperanzas, siempre con el consentimiento del paciente.

Contentarse con los medios normales ofrecidos por la medicina.

Decidir, ante la inminencia de la muerte, renunciar a tratamientos que alargan en modo precario y penoso la vida, pero sin interrumpir nunca los cuidados ordinarios.

Esto puede ser desarrollado y clarificado haciendo referencia al principio de opcionalidad en el caso de las terapias riesgosas y el encuadramiento de lo que entendemos por cuidados ordinarios.

Opcionalidad y no obligatoriedad de las terapias riesgosas o extraordinarias

El médico no puede imponer al paciente tratamientos que podrían serle ventajosos sólo en un cierto porcentaje de los casos, pero que podrían también presentar un riesgo elevado de resultado negativo: al paciente o a quien lo representa debe dejarse la libertad de elegir si acceder o no a un programa terapéutico que presente tales características. Es este un espacio en el cual la decisión última corresponde al paciente o a quien lo representa: se trata de la decisión de afrontar o no planes terapéuticos de resultado incierto o extraordinario.

Cuidados ordinarios e indicaciones sobre alimentación e hidratación

Entre los cuidados ordinarios se encuentran la hidratación, la alimentación, la higiene corporal, la medicación y la limpieza de las heridas. Estos cuidados deben considerarse un derecho del paciente también para no aumentar el sufrimiento de la fase terminal de la enfermedad.

Cuidados paliativos

En el estado actual de la ciencia médica y de la enfermería, la asistencia al moribundo significa también la posibilidad de intervenir, si bien sin la esperanza de sanar, con la certeza de poder curar y de poder aliviar el sufrimiento que puedan causar las últimas fases de la vida, demasiado dolorosas. Nos referimos, como es sabido, a la terapia del dolor, a las intervenciones con miras a aliviar al paciente un síntoma (por ejemplo la radioterapia para reducir algunas complicaciones de la enfermedad neoplásica, la recanalización del esófago, cateterismo, etc.), al soporte psicológico y a tantas posibles intervenciones de carácter sanitario que puedan ser bien organizadas también sobre la base de estructuras para la asistencia domiciliaria del enfermo moribundo.

En síntesis, como recuerda la Carta de los Agentes de la Salud (Nº 117) “al enfermo terminal se le practica el tratamiento médico que contribuye a aliviarle el sufrimiento del morir”.

El concepto de cuidados paliativos no comprende solamente estas “medidas de soporte”, sino también aquellas intervenciones de quimio y radioterapia o quirúrgicas que tienen como objetivo no la curación, considerada imposible, sino el alivio del sufrimiento, tal como son hoy utilizadas especialmente en los hospicios y en los cuidados domiciliarios. La *Evangelium vitae* se refiere más veces a los cuidados paliativos, subrayando el “relieve particular” que están asumiendo para “hacer más soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, aseguran al paciente un acompañamiento humano adecuado” (n.65). En la misma Encíclica Juan Pablo II indica también el valor que tienen los cuidados paliativos para las familias, que “pueden encontrar gran ayuda en las estructuras sociales de asistencia y si es necesario, recurriendo a los cuidados paliativos (...)” (N1 88).

Verdad al paciente

A este punto es necesario enfrentar una cuestión importante y difícil: cuándo y cómo decir al paciente la verdad acerca de su estado de salud y de la expectativa de vida que, dentro de lo posible, se puede prever en su situación. También este aspecto es parte de las obligaciones morales de la asistencia al moribundo.

Naturalmente no es posible dar una respuesta estándar para todas las situaciones; será necesario reflexionar caso por caso tomando en consideración la situación concreta del enfermo, su situación relacional, su estado psicológico, etc. De cualquier manera, se pueden individualizar algunos principios éticos que pueden servirnos de guía:

Es necesario respetar la verdad sabiendo transmitirla al paciente de modo tal que tenga la posibilidad de prepararse para la muerte. Al respecto la experiencia nos enseña que la reacción del enfermo es habitualmente positiva tanto a nivel psicológico como espiritual.

La comunicación debe ser una verdadera “comunicación humana”, que no se limite a hacer conocer diagnósticos y pronósticos. Para que esto sea posible, es necesario antes que nada saber escuchar al paciente. El objetivo de la comunicación debe ser instaurar una relación de real compartir.

La verdad a transmitir debe ser gradual y medida según la capacidad del enfermo de conocerla. Para esto será importante tener en cuenta la fase psicológica del paciente para no agravar la fase depresiva, para ayudar a superar un eventual negativismo y para saber aprovechar al máximo el momento de contrición y secundar aquel de la aceptación.

En cualquier caso, existe la obligación de no esconder la gravedad de la situación en su sustancia, especialmente cuando el paciente tiene el deber de afrontar decisiones importantes como aquella de prepararse a una buena muerte. Para saber dosificar la comunicación al paciente es útil tener presente los varios estadios que enfrentan los pacientes de enfermedades graves como un cáncer, según la clasificación ofrecida por el trabajo sustancialmente válido de la estudiosa Kübler-Ross, reunido en su obra “La muerte y el morir”: shock, negación, depresión, negociación, aceptación.

Acompañamiento pastoral

El hombre sufriente, que se encamina hacia la muerte, tiene sin embargo necesidad de madurar aquella plenitud de conciencia que debe unir al fruto de la razón humana la sabiduría de la fe. Con palabras traídas de la última Encíclica de Juan Pablo II, *Fides et ratio*, podemos decir que “el verdadero punto central, que desafía toda filosofía, es la muerte de Jesucristo en la Cruz. En este punto todo intento de reducir el plan salvador del Padre, a pura lógica humana está destinado al fracaso”[34]. Justamente por esto, la asistencia pastoral del enfermo grave no podrá nunca limitarse a los últimos momentos; al contrario, la enfermedad será para recorrer una continua búsqueda del sentido profundo de la propia vida que encuentra o puede encontrar, en el sufrimiento, una plenitud misteriosa y profundísima. Siguiendo con las palabras extraídas de *Fides et ratio* “la relación entre Fe y filosofía encuentran en la predicación de Cristo crucificado y resucitado el escollo contra el cual puede naufragar, pero por encima del cual puede desembocar en el océano sin límites de la verdad”[35]. Además, a veces la enfermedad será la ocasión para tomar un camino de iniciación cristiana, o también de retorno a la casa del Padre: es frecuente observar enfermos que redescubren su fe justo durante los últimos meses de enfermedad y de dolor. “El deseo que brota del corazón del hombre ante el supremo encuentro con el sufrimiento y la muerte, especialmente cuando siente la tentación de caer en la desesperación y casi de abatirse en ella, es sobre todo aspiración de compañía, de solidaridad y de apoyo en la prueba. Es petición de ayuda para seguir esperando, cuando todas las esperanzas humanas se desvanecen”[36].

Se hace evidente que la preparación de aquellos que se ocupan de los cuidados pastorales de los enfermos moribundos deberá ser profunda desde el punto de vista doctrinario, psicológico y pastoral, porque lo que contará será sobre todo la capacidad de acercarse al enfermo con la conciencia de que se trata de facilitar el encuentro entre la Gracia y aquel alma, que será, por tanto, para acompañar en primer lugar con la caridad fraterna y con la oración. Naturalmente la asistencia no podrá limitarse al paciente como si la enfermedad fuese un evento aislado, separado de toda la real racionalidad que cada vida comporta. La enfermedad y la muerte de un hombre incluyen también el sufrimiento y el luto para muchos otros que tendrán necesidad de poder elaborar todo lo que están viviendo. Desde el punto de vista pastoral, estas personas deberían ser objeto de particulares cuidados pastorales puesto que, más allá de tener que hacer frente a la necesidad contingente, estarán en mejores condiciones para afrontar en el mañana su propia muerte. Es común decir que, para saber afrontar la muerte de una persona querida, es necesario haber resuelto el problema de la propia muerte. Por lo tanto, entender bien la muerte de otros es, tal vez, la mejor preparación para saber afrontar en el mañana el fin de la propia existencia terrena. En un cierto sentido, la asistencia pastoral del enfermo tiene en la cabecera del hombre moribundo la tarea más urgente, pero en la asistencia de los parientes un rol formativo de indudable eficacia[37].

Este tipo de asistencia pastoral necesita, naturalmente, la presencia de sacerdotes que puedan administrar los sacramentos, pero al mismo tiempo necesita que los profesionales laicos se involucren en un modo fuerte, real y preparado. En efecto, el enfermo muy frecuentemente, y en esta sociedad secularizada cada vez más, abre su corazón al médico o al personal de enfermería aún acerca de sus necesidades espirituales: en este marco se podrá realizar una eficaz cooperación pastoral entre laicos y presbíteros, que logrará una asistencia espiritual más vasta y continua. Es así como se configura, luego del paciente y su familia, la tercera dimensión del cuidado pastoral de la salud, que es la formación espiritual de los Agentes de la Salud para que puedan, ellos mismos, reelaborar en sentido completo el fenómeno de la muerte y ser agentes activos de la asistencia pastoral del enfermo y de la familia. Como se puede ver, el cuidado pastoral del enfermo moribundo abarca un horizonte muy vasto de servicio respecto a toda la sociedad, en todos sus niveles, yendo a desarrollar una preciosa acción, tanto en sentido asistencial como preventivo y formativo. Esta cercanía y esta ayuda para descubrir, a través del dolor, el sentido de toda una vida puede alejar el abandono y la desesperación del hombre frente a la muerte desconjurando esta capitulación, científica y humana, que es el pedido eutanásico.

Conclusión

En síntesis, la asistencia al paciente moribundo es un verdadero reto ético para la sociedad civil. En primer lugar, solicita un profundo compromiso científico-técnico que sepa ofrecer al enfermo las posibles respuestas a sus necesidades: el tratamiento del dolor, el apoyo psicológico, la asistencia domiciliar y los cuidados paliativos son campos en los cuales se pide cada vez más un esfuerzo de investigación e inversión de recursos humanos y económicos. En segundo lugar, es necesario afrontar con claridad las falsas soluciones que se proponen bajo la forma de eutanasia, suicidio asistido y ensañamiento terapéutico. Estos ámbitos aclaran la necesidad ineludible de un replanteamiento del sufrimiento y de la muerte a un nivel francamente antropológico que sepa interpretar al hombre sin reduccionismos, sino en la globalidad que la realidad de la naturaleza personal del hombre requiere. En fin, el misterio de la muerte compartida en el recinto de la asistencia sanitaria podrá ser fuente, para todos, enfermos y sanos, de un redescubrimiento del valor trascendente de la propia vida, que sepa afrontar la muerte con realismo pero también con la esperanza que impulsa a decir, con alegría, que la muerte no es el fin sino el inicio de una vida nueva y eterna.

- [1] OMS, Salud para todos en el siglo XXI, p. 4 de la traducción de Giovanna Martini (al italiano) aprobada por la OMS. El documento está en vías de aprobación.
- [2] Gayling, *The perversion of autonomy*, New York Press, 1997.
- [3] Cfr. Herranz, G. *Dramma dell'Eutanasia*, en Pontificia Accademia per la Vita, *Evangelium Vitae*, Encíclica y comentarios, LEV. 1995, pp.232-236.
- [4] Recordamos que la terapia del dolor bien usada logra controlar la mayor parte de la sintomatología dolorosa. Las extremas situaciones de sufrimiento que antes acompañaban a los enfermos terminales, sobre todo de tipo oncológico, ya no se observan habitualmente.
- [5] Cfr. Reporte Remmenlink, donde se observa que aproximadamente el 10 por ciento de las eutanasias en Holanda (1990-95) fueron involuntarias.
- [6] Nos parece importante notar que tal postura no es una novedad sustancial porque no es otra cosa que la aplicación, en el paciente terminal, de la misma mentalidad que guía el aborto eugenésico en el caso de diagnóstico prenatal de enfermedad congénita.
- [7] Este panorama es aquel que, ya en 1991, fue puesto en evidencia por los cardenales reunidos en un consistorio extraordinario en el mes de abril. Una de las conclusiones de la reunión, que había afrontado el grave tema de las ofensas y los atentados contra la vida en el mundo, fue el pedido del Santo Padre de afrontar en una Carta Encíclica el tema del respeto de la vida humana desde la concepción hasta la muerte natural.
- [8] Fleming esquematiza este proceso con los siguientes puntos: 1) la publicidad a alta escala de "casos difíciles" que necesitan una respuesta "compasiva", y la autoacusación de algunos médicos; 2) el recurso a sondeos de opinión; 3) el uso de tales sondeos para afirmar que la opinión de los católicos es distinta de la del Magisterio Oficial; 4) la confusión de conceptos claves como eutanasia-ensañamiento terapéutico-rechazo de terapias extraordinarias; 5) la afirmación de que aquellos que se opongan al aborto y a la eutanasia en nombre de la sacralidad de la vida son incoherentes, porque no se oponen a la guerra y a la pena capital: Cfr. Fleming J.I. *Católicos y estrategias proeutanasia y proaborto*. *Medicina e Morale* 1996/1: 103-4.
- [9] Cfr. Tettamanzi, D. *Introduzione alla Encíclica Evangelium Vitae*, Piemme, 1995, p. 20.
- [10] *Evangelium Vitae*, n. 21.
- [11] *Idem*, *Ibidem*.
- [12] V. Marcozzi, *Il cristiano di fronte all'eutanasia*, "La Civiltà Cattolica", 1975, IV, p. 322.
- [13] Es ésta la paradoja de la cual el Santo Padre habla en la *Evangelium Vitae*, recordando que así "se produce un cambio de trágicas consecuencias en el largo proceso histórico, que después de descubrir la idea de los "derechos humanos" (...) incurre hoy en una sorprendente contradicción: justo en una época en la que se proclaman solemnemente los derechos inviolables de la persona y se afirma públicamente el valor de la vida, el derecho mismo a la vida queda prácticamente negado y conculcado, en particular en los momentos más emblemáticos de la existencia, como el nacimiento y la muerte" (EV. N. 18).
- [14] Pío XII, *Discurso a un grupo internacional de médicos*: AAS 49 (1957), 129-147.
- [15] Paulo VI, *Mensaje a la televisión francesa*: "Cada vida es sagrada", 27 enero 1971; *Enseñanzas IX* (1971), 57-58; *Discurso a el International College of Surgeons*, 1 junio 1972; AAS 64 (1972), 432-436.
- [16] *Constitución Pastoral sobre la Iglesia en el mundo contemporáneo*, *Gaudium et spes*, 27; *Constitución dogmática sobre la Iglesia Lumen Gentium*, 25.
- [17] *Congregación del Santo Oficio*, *Decretum de directa insontium occisione*, 2 diciembre 1940; *S. Congregación para la Doctrina de la Fe*, *Declaración sobre la Eutanasia lura et bona*, 5 mayo 1980.
- [18] Juan Pablo II, *Fides et Ratio*, n. 43.
- [19] San Agustín de Hipona, *De civitate Dei*, 1.10; CCL 47,22; Santo Tomás de Aquino, *Summa Theologiae*, II-II, q.6, a.5.
- [20] *S. Congregación para la Doctrina de la Fe*, *Nota doctrinaria ilustrativa de la fórmula conclusiva de la Professio Fidei*, 29 junio 1998, n. 11.
- [21] *Evangelium vitae*, n. 65.
- [22] *Ibid*, n. 2.
- [23] Cafarra, C., *La dignità de la vita umana*, en Pontificia Accademia per la Vita, *Evangelium Vitae*, Encíclica y comentarios, LEV, 1995, p. 187.
- [24] Este es el punto cardinal del pensamiento personalista de Karol Wojtyla que está bien expuesto, desde este punto de vista, por Massimo Serretti (cfr. Wojtyla K., *Perché l'uomo?*, Leonardo Milano, 1995, *Introduzione*).
- [25] *Evangelium Vitae*, n. 47.
- [26] *Congregación para la Doctrina de la Fe*, *Declaración sobre la Eutanasia*, n. 2.
- [27] Cfr. *Concilio Vaticano II*, *Gaudium et Spes*, 12.
- [28] *Concilio Vaticano II*, *Constitución Pastoral "Gaudium et spes"*, n.12.
- [29] Sgreccia, E., *La persona e la vita*, *Dolentium Hominum* 1988 (2): 38-41.
- [30] Cfr. A. Puca, *Il caso di Nancy Beth Cruzan*, "Medicina e Morale", 1992, 5, pp. 911-932.
- [31] K. O'Rourke, *The christian affirmation of life*, "Hospital Progress", 1974, 55, pp. 65-72. Sobre este argumento ver por ejemplo G. Perico, *Testamento biologico e malati terminali*, "Aggiornamenti sociali", 43/11 (1992), pp. 677-692; Conf. Episc. Pennsylvania, *Living Will an Proxy for Really Care Decisions*, en "Medicina e Morale", 42/5 (1993), pp. 989-999.
- [32] Véase J.R. Wernow, *The Living Will*, "Ethics & Medicine" 10 (1994), 27-35.
- [33] Respecto a esto es necesario referirse también a la Recomendación n. 779/1976 de la Asamblea del Consejo de Europa sobre los derechos del enfermo y del moribundo, que en la porción correspondiente al tema de la analgesia se expresa con una cierta ambigüedad.
- [34] Juan Pablo II, *Fides et ratio*, 14.9.98, n.23.
- [35] *Idem*.
- [36] *Evangelium Vitae*, n. 67.
- [37] No sorprende constatar que en algunos hospitales especializados en la asistencia de pacientes moribundos de los Estados Unidos, el 100 por ciento de las familias de los pacientes difuntos sean ayudados a reelaborar el luto en la inmediatez del hecho y, en el caso que sea necesario, también a distancia de tiempo.

FUENTE: Revista Humanistas.cl