

## Medicina ante la Eutanasia

Conferencia Episcopal Española

Cfr. La Eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos. Ed. Paulinas 1993, nn. 21-39.

### **21. La cuestión de la eutanasia, ¿Es un problema médico?**

La eutanasia, tal y como la plantean los defensores de su legalización, afecta de lleno al mundo de la Medicina, puesto que las propuestas de sus patrocinadores siempre hacen intervenir al médico o al personal sanitario. Pero la cuestión de la eutanasia no es, propiamente hablando, un problema médico, o no tendría que serlo.

La eutanasia merece la misma calificación ética si la practica un médico o una enfermera en el técnico ambiente de un hospital que si la practica, por otro medio cualquiera, un familiar o un amigo de la víctima. En ambos casos se trata de un hombre que da muerte a otro.

La eutanasia no es una forma de Medicina, sino una forma de homicidio; y si la practica un médico, éste estará negando la Medicina.

### **22. ¿Por qué la eutanasia es la negación de la Medicina?**

Porque la razón de ser de la Medicina es la curación del enfermo en cualquier fase de su dolencia, la mitigación de sus dolores, y la ayuda a sobrellevar el trance supremo de la muerte cuando la curación no es posible. La eutanasia, por el contrario, no sólo es la renuncia a esa razón de ser, sino que consiste en la deliberada decisión de practicar justamente lo opuesto a la Medicina, ya que es dar muerte a otro, aunque sea en virtud de una presunta compasión. Cualquiera es perfectamente capaz de advertir la diferencia sustancial que existe entre ayudar a un enfermo a morir dignamente y provocarle la muerte.

La eutanasia no es una técnica, un recurso de la Medicina: la eutanasia expulsa a la Medicina, la sustituye. La eutanasia, además, precisamente por ser la negación de la Medicina, se vuelve contra el médico que la practique.

### **23. ¿Por qué la eutanasia se vuelve contra el médico que la practique?**

Por dos razones: por un lado es fácil que el médico se deslice hacia una habitualidad en la práctica de la eutanasia una vez admitido el primer caso; y, por otro lado, la eutanasia acaba con la base del acto médico: la confianza del paciente en el médico.

Cuando un médico ha dado muerte a un paciente por piedad hacia él, ha dado ya un paso que tiene muy difícil retorno. Los que padecen una misma enfermedad se parecen mucho entre sí en los síntomas, las reacciones, los sufrimientos. Cuando un médico se ha sentido "apiadado" de un enfermo hasta el punto de decidir quitarle la vida para ahorrarle padecimientos, será ya relativamente fácil que experimente idéntico estado de ánimo ante otro que padezca el mismo mal; y esta circunstancia puede sobrevenir con relativa frecuencia, porque la especialización profesional impone a la práctica totalidad de los médicos la necesidad de tratar a enfermos muy semejantes unos de otros. En tal situación, las virtudes propias del médico (la no discriminación en el tratamiento a unos u otros enfermos, la previsión de dolencias o complicaciones futuras) se convierten en factores potencialmente multiplicadores de la actividad eutanásica, porque es

muy difícil determinar la frontera que separa la gravedad extrema de la situación crítica, o los padecimientos enormes de los padecimientos insoportables, sean físicos o anímicos.

Por otro lado, no es posible que exista la Medicina si el paciente en vez de tener confianza en su médico hasta poner su vida, salud e integridad física en sus manos, llega a tenerle miedo porque no sabe si el profesional de la Medicina o la enfermera que se ocupan de su salud van a decidir que su caso es digno de curación o susceptible de eutanasia.

Si se atribuyese a los médicos el poder de practicar la eutanasia, éstos no serían ya una referencia amiga y benéfica sino, por el contrario, temida y amenazadora, como sucede ya en algunos hospitales holandeses.

La humanidad ha progresado en humanitarismo retirando a los gobernantes y los jueces el poder de decretar la muerte (abolición de la pena de muerte). Los partidarios de la eutanasia pretenden dar un paso atrás, otorgando tal poder a los médicos. De conseguir tal propósito lograrían dos retrocesos por el precio de uno: recrearían una variedad de muerte legal y degradarían, tal vez irreversiblemente, el ejercicio de la Medicina.

**24. ¿No es muy sutil la línea divisoria entre la eutanasia y la cesación de unos cuidados ya inútiles?**

Sólo en contadas situaciones terminales sin esperanza humana, la apariencia de los gestos del médico puede guardar semejanza en ambos casos; pero el médico sabe, sin género de dudas, lo que hay en su intención: sabe si lo que realiza tiene por objeto causar la muerte del enfermo o si, por el contrario, está renunciando al encarnizamiento terapéutico. Lo primero nunca será admisible; lo segundo lo es.

**25. ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico?**

Con esta denominación, o la de "ensañamiento terapéutico" - que acaso sean menos acertadas que la de "obstinación terapéutica", que refleja mejor la intención con que se practica -, se quiere designar la actitud del médico que, ante la certeza moral que le dan sus conocimientos de que las curas o los remedios de cualquier naturaleza ya no proporcionan beneficio al enfermo y sólo sirven para prolongar su agonía inútilmente, se obstina en continuar el tratamiento y no deja que la naturaleza siga su curso.

Esta actitud es consecuencia de un exceso de celo mal fundamentado, derivado del deseo de los médicos y los profesionales de la salud en general de tratar de evitar la muerte a toda costa, sin renunciar a ningún medio, ordinario o extraordinario, proporcionado o no aunque eso haga más penosa la situación del moribundo.

En otras ocasiones cabe hablar más propiamente de ensañamiento terapéutico, cuando se utiliza a los enfermos terminales para la experimentación de tratamientos o instrumentos nuevos. Aunque esto no sea normal en nuestros días, la historia, por desgracia, nos aporta algunos ejemplos.

En cualquier caso, la obstinación terapéutica es gravemente inmoral, pues instrumentaliza a la persona subordinando su dignidad a otros fines.

**26. ¿No se plantea aquí otra frontera imprecisa para distinguir la obstinación terapéutica de unos cuidados solícitos y constantes?**

Ciertamente, así es. No hay una regla matemática para calibrar si existen o no esperanzas fundadas de curación. La práctica médica cuenta con abundantes experiencias de enfermos que parecían irrecuperables y que, sin embargo, salieron adelante de trances muy comprometidos. La solución de esos conflictos sólo puede venir del

criterio claro según el cual hay que hacer un uso proporcionado de los medios terapéuticos. El médico ha de respetar la dignidad de la persona humana y no dejarse vencer por un tecnicismo médico abusivo.

**27. ¿Y no es ésta una forma de eutanasia?**

No. Refiriéndonos siempre al enfermo terminal y ante la inminencia de una muerte inevitable, médicos y enfermos deben saber que es lícito conformarse con los medios normales que la Medicina puede ofrecer, y que el rechazo de los medios excepcionales o desproporcionados no equivale al suicidio o a la omisión irresponsable de la ayuda debida a otro, sino que significa sencillamente la aceptación de la condición humana, una de cuyas características es la muerte inevitable.

Pueden darse casos concretos en que sea difícil adoptar una decisión ética y profesionalmente correcta, como sucede en otros muchos aspectos de la vida: el juez que debe decidir si alguien es culpable o inocente cuando las pruebas no son claramente taxativas; el profesor que debe optar entre aprobar o suspender a un alumno y tiene dudas razonables del acierto o desacierto de cualquiera de las opciones; el padre de familia que duda entre la severidad o la indulgencia ante un hijo con problemas, etc. En estos casos, una norma moral adecuada es prescindir de los posibles motivos egoístas de la propia decisión y aconsejarse de otros expertos para decidir prudentemente. Con estos requisitos, un médico - como un juez, un profesor o un padre - puede equivocarse, pero no cometerá un crimen.

**28. Pero, ¿cómo distinguir los medios terapéuticos ordinarios de los extraordinarios?**

Evidentemente, es inútil establecer una casuística objetiva de los medios ordinarios y extraordinarios, porque eso depende de factores tan cambiantes como la situación del paciente, el estado de la investigación en un momento dado, las condiciones técnicas de un determinado hospital, el nivel medio de la asistencia sanitaria de uno u otro país, etc. Lo que respecto a un paciente en unas circunstancias concretas se estima como medio ordinario, puede tener que considerarse

como extraordinario respecto a otra persona, o pasado un tiempo, o en otro lugar. De hecho, así ocurre constantemente en la realidad cotidiana.

Ante estos problemas ciertos de interpretación, algunos prefieren no hablar de medios ordinarios y extraordinarios, sino más bien de medios proporcionados y desproporcionados a la situación de cada enfermo, pues de este modo se puede aquilatar mejor la decisión en cada caso.

De acuerdo con esto, cuando existe en un enfermo en peligro próximo de muerte la posibilidad cierta de recuperación (por ejemplo, un paciente joven en coma por un traumatismo producido en un accidente), la Medicina considera que son proporcionados todos los medios técnicos posibles, porque existe una esperanza fundada de salvarle la vida. El problema se manifiesta cuando no se confía ya en la recuperación sino sólo en un alargamiento de la vida o, más exactamente, de la agonía. Entonces es cuando la prudencia del médico debe aconsejarle rechazar la actitud de obstinarse en prodigar unos medios que ya son inútiles y, en todo caso, respetando la voluntad del propio enfermo moribundo, si está en condiciones de manifestarla.

Por otra parte es legítimo que un enfermo moribundo prefiera esperar la muerte sin poner en marcha un dispositivo médico desproporcionado a los insignificantes resultados que de él se puedan seguir; como es legítimo también que tome esta decisión pensando en no imponer a su familia o a la colectividad unos gastos desmesurados o excesivamente gravosos. Esta actitud, por la ambigüedad del lenguaje, podría confundirse, para los no avisados, con la actitud eutanásica por razones socio - económicas, pero existe una diferencia absolutamente esencial: la que va de la aceptación de la muerte inevitable a su provocación intencionada.

## **29. ¿Existen, pues, unos derechos del enfermo moribundo?**

Ciertamente. El derecho a una auténtica muerte digna incluye:

--el derecho a no sufrir inútilmente;

--el derecho a que se respete la Libertad de su conciencia;

--el derecho a conocer la verdad de su situación;

--el derecho a decidir sobre sí mismo y sobre las intervenciones a que se le haya de someter;

--el derecho a mantener un diálogo confiado con los médicos, familiares, amigos y sucesores en el trabajo;

--el derecho a recibir asistencia espiritual.

El derecho a no sufrir inútilmente y el derecho a decidir sobre sí mismo amparan y legitiman la decisión de renunciar a los remedios excepcionales en la fase terminal, siempre que tras ellos no se oculte una voluntad suicida.

**30. Y estos derechos ¿no pueden legitimar alguna forma de eutanasia "pasiva" (por omisión)?**

No. Cuando la muerte aparece como inevitable porque ya no hay remedios eficaces, el enfermo puede determinar, si está en condiciones de hacerlo, el curso de sus últimos días u horas mediante alguna de estas decisiones:

--aceptar que se ensayen en él medicaciones y técnicas en fase experimental, que no están libres de todo riesgo. Aceptándolas, el

enfermo podrá dar ejemplo de generosidad para el bien de la Humanidad;

--rechazar o interrumpir la aplicación de esos remedios;

--contentarse con los medios paliativos que la Medicina le pueda ofrecer para mitigar el dolor, aunque no tengan ninguna virtud curativa; y rechazar medicaciones u operaciones en fase experimental, porque sean peligrosas o resulten excesivamente caras. Este rechazo no equivale al suicidio, sino que es expresión de una ponderada aceptación de la inevitabilidad de la muerte;

--en la inminencia de la muerte, rechazar el tratamiento obstinado que únicamente vaya a producir una prolongación precaria y penosa de su existencia, aunque sin rehusar los medios normales o comunes que le permiten sobrevivir.

En estas situaciones está ausente la eutanasia, que implica - repitámoslo - una deliberada voluntad de acabar con la vida del enfermo. Es un atentado contra la dignidad de la persona la búsqueda deliberada de su muerte, pero es propio de esa dignidad el aceptar su llegada en las condiciones menos penosas posibles. Y es en el fondo del corazón del médico y del paciente donde se establece esta diferencia entre provocar la muerte o esperarla en paz y del modo menos penoso posible, mediante unos cuidados que se limiten a mitigar los sufrimientos finales.

### **31. ¿Cómo se puede paliar el dolor del enfermo terminal?**

Uno de los derechos del enfermo es el de no sufrir un dolor físico innecesario durante el proceso de su enfermedad. Pero la experiencia nos muestra que el enfermo, especialmente el enfermo en fase terminal, experimenta, además del dolor físico, un sufrimiento psíquico o moral intenso, provocado por la colisión entre la proximidad de la muerte y la esperanza de seguir viviendo que aún alienta en su interior. La

obligación del médico es suprimir la causa del dolor físico o, al menos, aliviar sus efectos; pero el ser humano es una unidad, y al médico y demás personal de enfermería compete, junto a los familiares, también la responsabilidad de dar consuelo moral y psicológico al enfermo que sufre.

Frente al dolor físico, el profesional de la sanidad ofrece la analgesia; frente a la angustia moral, ha de ofrecer consuelo y esperanza. La deontología médica impone, pues, los deberes positivos de aliviar el sufrimiento físico y moral del moribundo, de mantener en lo posible la calidad de la vida que declina, de ser guardián del respeto a la dignidad de todo ser humano.

### **32. ¿Qué significa " Medicina paliativa" ?**

La Medicina paliativa es una forma civilizada de entender y atender a los pacientes terminales, opuesta principalmente a los dos conceptos extremos ya aludidos: obstinación terapéutica y eutanasia.

Esta es una nueva especialidad de la atención médica al enfermo terminal y a su entorno, que contempla el problema de la muerte del hombre desde una perspectiva profundamente humana, reconociendo su dignidad como persona en el marco del grave sufrimiento físico y psíquico que el fin de la existencia humana lleva generalmente consigo.

En definitiva, la Medicina paliativa es, ni más ni menos, un cambio de mentalidad ante el paciente terminal. Es saber que, cuando ya no se puede curar, aún podemos cuidar; es la consciencia de cuándo se debe iniciar ese cambio: si no puedes curar, alivia; y si no puedes aliviar; por lo menos consuela. En ese viejo aforismo se condensa toda la filosofía de los cuidados paliativos.

### **33. ¿Cómo está organizada la Medicina paliativa?**

La Medicina paliativa, que parece tener sus antecedentes en la Gran Bretaña, está aún escasamente contemplada en la organización sanitaria española, y sería deseable que los poderes públicos reconocieran con mayor sensibilidad su existencia. Se asienta básicamente en el reconocimiento de la triple realidad que configura el proceso de la muerte inminente en la sociedad actual: un paciente terminal con dolor físico y sufrimiento psíquico, una familia angustiada que no acaba de aceptar la situación y sufre por el ser querido, y un médico educado para luchar contra la muerte. Todos ellos están inmersos en una sociedad que parece no querer admitir el fracaso cuando la muerte se considera un fracaso.

En las Unidades de Cuidados Paliativos, que son áreas asistenciales incluidas física y funcionalmente en los hospitales, se proporciona una atención integral al paciente terminal. Un equipo de profesionales asiste a estos enfermos en la fase final de su enfermedad, con el único objetivo de mejorar la calidad de su vida en este trance último, atendiendo todas las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales del paciente y de su familia. Todas las acciones de la Medicina paliativa van encaminadas a mantener y, en lo posible, aumentar, el sosiego del paciente y de su familia.

#### **34. ¿Y cuáles son las necesidades que estos pacientes terminales presentan?**

Son necesidades físicas, psíquicas, espirituales o religiosas, y sociales.

Las necesidades Físicas derivan de las graves limitaciones corporales y, sobre todo, del dolor, especialmente en las muertes por cáncer, donde éste está presente en el 80 por ciento de los enfermos terminales. Con tratamientos adecuados se pueden llegar a controlar un 95 por ciento de los dolores.

Las necesidades psíquicas son evidentes. El paciente necesita sentirse

seguro, necesita confiar en el equipo de profesionales que le trata, tener la seguridad de una compañía que lo apoye y no lo abandone. Necesita amar y ser amado, y tiene necesidad de ser considerado, lo que afianza su autoestima.

Las necesidades espirituales son indudables. El creyente necesita a Dios. Es una grave irresponsabilidad civil y política que la atención religiosa de los pacientes no esté claramente presente en todas las clínicas e instituciones hospitalarias.

Las necesidades sociales del paciente terminal no son menos importantes para dar sosiego al penoso trance. La enfermedad terminal produce a quien la padece y a su familia unos gastos y no pocos desajustes familiares. Toda la atención de los componentes de la unidad familiar se concentra generalmente en el miembro enfermo y, si la supervivencia se alarga, el desajuste puede ser duradero. El paciente lo ve y también lo sufre.

### **35. ¿La Medicina paliativa es la alternativa a la eutanasia?**

En realidad, no. La Medicina paliativa es más propiamente alternativa al llamado "encarnizamiento terapéutico" u "obstinación terapéutica". No es alternativa a la eutanasia, porque la eutanasia no es sino un grave atentado a la vida humana y a su dignidad.

Se puede decir que la Medicina paliativa ha existido siempre y ha sido ejercida tradicionalmente por los médicos, aunque no se haya considerado técnicamente como una especialidad. Sus principios están impresos en el juramento hipocrático y en la concepción histórica del ejercicio médico. Pero, ciertamente, como especialización dentro de la organización sanitaria representa una novedad, que es hacer frente a las peculiaridades del proceso de la muerte en el campo sanitario. Este proceso se ha complicado de forma extraordinaria, y exige la aparición de un nuevo médico, atento al máximo a los adelantos científicos y conocedor profundo de las necesidades del paciente terminal.

**36. ¿No puede considerarse, entonces, una forma de eutanasia el aplicar sustancias analgésicas, a sabiendas de que eso puede acortar la vida del paciente?**

No. Cuando el tratamiento del dolor es ya prácticamente lo único que se puede hacer por el enfermo terminal, el efecto secundario que ciertos analgésicos tengan respecto del acortamiento de la vida no puede considerarse como una forma de eutanasia, porque no se persigue el destruir esa vida, sino aliviar el dolor; y este propósito paliativo puede, ante la inminencia de la muerte, ser preferente para esperar la llegada de la muerte en las condiciones menos angustiosas.

Es lo mismo que sucede con quien - alpinistas, bombero... - asume un riesgo cierto, pero pretende una cosa buena sin ánimo suicida alguno. Esto es legítimo aunque eventualmente pueda ser causa de muerte.

Por otra parte, se puede en muy buena medida dar por superada la vieja pugna entre tratar el dolor y acortar la vida: los recientes avances en el tratamiento eficaz del dolor y de la enfermedad terminal han reducido casi por completo el riesgo de anticipar indebidamente la muerte de ciertos pacientes.

**37. ¿En qué consiste el argumento de la "muerte digna" a que se refieren los partidarios de la eutanasia para intentar justificarla?**

Este argumento es uno de los principales que se utilizan hoy para promover la legalización de la eutanasia. En síntesis puede formularse de esta manera: La técnica médica moderna dispone de medios para prolongar la vida de las personas, incluso en situación de grave deterioro físico. Gracias a ella es posible salvar muchas vidas que hace unos años estaban irremisiblemente perdidas; pero también se dan casos en los que se producen agonías interminables y dramáticas, que únicamente prolongan y aumentan la degradación del moribundo. Para estos casos, la legislación debería permitir que una persona decidiera, voluntaria y libremente, ser ayudada a morir. Esta

sería una muerte digna, porque sería la expresión final de una vida digna.

**38. ¿Es aceptable este argumento?**

No lo es, porque en él, junto a consideraciones razonables acerca de la crueldad de la obstinación terapéutica, se contiene una honda manipulación de la noción de dignidad. En este argumento subyace la grave confusión entre la dignidad de la vida y la dignidad de la persona. En efecto, hay vidas dignas y vidas indignas, como puede haber muertes dignas y muertes indignas. Pero por indigna que sea la vida o la muerte de una persona, en cuanto tal persona tiene siempre la misma dignidad, desde la concepción hasta la muerte, porque su dignidad no se fundamenta en ninguna circunstancia, sino en el hecho esencial de pertenecer a la especie humana. Por eso los derechos humanos, el primero de los cuales es el derecho a la vida, no hacen acepción de personas, sino que, muy al contrario, están establecidos para todos, con independencia de su condición, su estado de salud, su raza o cualquier otra circunstancia.

Es digno, ciertamente, renunciar a la obstinación terapéutica sin esperanza alguna de curación o mejora y esperar la llegada de la muerte con los menores dolores físicos posibles; como es digno también el preferir esperar la muerte con plena consciencia y experiencia del sufrimiento final. Nada de eso tiene que ver con la eutanasia; la provocación de la muerte de un semejante, por muy compasivas que sean las motivaciones, es siempre ajena a la noción de dignidad de la persona humana.

**39. ¿Estamos, pues, ante un ejemplo concreto de manipulación del lenguaje?**

Consciente o inconscientemente, sí. So capaz de rechazar el empecinamiento terapéutico sin expectativa ninguna de mejoría, lo que se patrocina en realidad es el acto positivo (por acción u omisión, tanto da) de dar muerte a otro, como si eso mereciese la misma consideración que la de abstenerse de emplear medios irrazonables de

prolongar una existencia precaria y dejar que el moribundo pueda vivir lo más dignamente posible su propia muerte cuando ésta llegue.

Por otra parte, la expresión "ayudar a morir" es otro ejemplo concreto de tergiversación del sentido de las palabras, pues no es lo mismo ayudar a morir a alguien que matarlo, aunque se le dé muerte por aparente compasión y a petición suya. La expresión "ayudar a morir" evoca una actitud filantrópico y desinteresada, generosa y compasiva, que se desvanecería inmediatamente si lo que se lleva a cabo mediante la eutanasia se expresara con la palabra dura, desde luego, pero precisa, que es matar.