

## CONVERGENCIAS, DIVERGENCIAS Y NECESARIAS CLARIFICACIONES EN LA ÉTICA DEL MORIR HUMANO

(Síntesis del artículo aparecido en: “Humanizar” n. 101 [2008] 18-20)

### 1. Convergencias

#### a. Exigencia ética de una “muerte digna”

Con la expresión “muerte digna” se pide una atención lo más humanizante posible al enfermo en su fase terminal, de acuerdo con la dignidad que le es propia a la persona, dignidad entendida desde la antropología y redimensionada desde las comovisiones religiosas (concretamente, la cristiana).

Entre las exigencias, se encuentran las tres siguientes:

- Atención al enfermo con todos los medios que posee actualmente la medicina: para aliviar su dolor y prolongar su vida con la mayor calidad posible.
- Organizar un servicio hospitalario adecuado, a fin de que el final de la existencia pueda ser un acontecimiento de la persona con todos los significados que ella quiera darle.
- Proporcionar al enfermo terminal todos los remedios oportunos para calmar el dolor, aunque este tipo de terapia suponga una abreviación de la vida y suma al moribundo en un estado de inconsciencia.

#### b. Evitar el prolongamiento “inhumano” de la vida

Nos referimos al empleo de determinadas técnicas, llamadas antes “de reanimación” y ahora de “prolongación (artificial) de la vida”, que constituyen con frecuencia un auténtico *encarnizamiento terapéutico* (o, mejor, una *obstinación terapéutica*). Son medios “desproporcionados” a los previsibles resultados en calidad de vida. Además, abocan a una muerte “indigna”.

En continuidad con Pío XII (AAS 49 [1957] 1030), Juan Pablo II expuso así las razones por las cuales la moral se opone al “encarnizamiento terapéutico”: “el rechazo del encarnizamiento terapéutico no es un rechazo del paciente y de su vida. En efecto, el objeto de la deliberación sobre la oportunidad de iniciar o continuar una práctica terapéutica no es el valor de la vida del paciente, sino el valor de la intervención médica sobre el paciente (...). Por lo tanto, el rechazo del encarnizamiento terapéutico es expresión del respeto que en todo instante se debe al paciente” (12-XI-2004).

#### c. Derecho a los cuidados paliativos y, en su caso, a la sedación terminal

La generalidad de los bioeticistas, sean de orientación exclusivamente racional o acepten también la cosmovisión religiosa, no sólo admiten la legitimidad sino que postulan también la necesidad de una organización esmerada y universalizada de los cuidados paliativos.

El Magisterio católico reciente anima a organizar un sistema eficiente de cuidados paliativos, “destinados a hacer soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, asegurar al paciente un acompañamiento humano adecuado” (*Evangelium vitae*, 65). Juan Pablo II añade: “en efecto, los cuidados paliativos tienden a aliviar, especialmente en el paciente terminal, una vasta gama de síntomas de sufrimiento de orden físico, psíquico y mental, y requieren por eso la intervención de un equipo de especialistas con competencia médica, psicológica y religiosa, convenidos entre ellos para apoyar al paciente en la fase crítica” (Juan Pablo II, 27-VIII-2004).

En la fase terminal y con las normales condiciones de información y de consentimiento, no es descartable la “sedación terminal”, aquella que induce y mantiene un sueño profundo en el paciente sin pretender deliberadamente provocarle la muerte.

### 2. Divergencias

#### a. Aceptación o rechazo ético de la eutanasia

Dentro del horizonte de la ética racional o civil hay quienes defienden que la vida humana tiene valor por ella misma; posee una *inviolabilidad axiológica* de carácter apriorístico, siendo la persona anterior (axiológicamente) a su libertad; consiguientemente, se oponen a la eutanasia. Otros, en cambio, creen que el valor de la *autonomía personal* ha de ser llevado hasta el final; la persona es “dueña” de sí misma y de todas sus decisiones: no se le pueden señalar “límites” ni siquiera aquellos que provendrían de la misma indisponibilidad del sujeto.

El discurso de la ética teológica (cristiana), en términos generales, se coloca en la primera de las posturas, redimensionándola desde la cosmovisión religiosa. Eso no excluye que existan algunos teólogos que, en determinadas situaciones de serio conflicto de bienes humanos, consideren legítima la posibilidad de disponer de la propia vida.

#### b. *Despenalización o no de la eutanasia*

Los partidarios de la despenalización invocan como motivo principal la dignidad y los derechos de la persona: la libertad de decidir es un componente básico de la dignidad personal que no ha de encontrar límites ni ante la muerte. Se acusa a las leyes y a la sociedad que prohíben la eutanasia de hipocresía e inhumanidad al no reconocer a una persona que sufre el derecho de pedir que pongan fin a sus sufrimientos. Otro reproche dirigido a estas leyes es su falta de lógica: si el suicidio no está penalizado y si se reconoce al enfermo el derecho a rechazar un tratamiento ¿hay tanta diferencia entre una inyección letal y la negativa a algunos tratamientos?

Por el otro lado, todavía son numerosos los que ven en la despenalización de la eutanasia más inconvenientes que ventajas. Si en los medios sanitarios y en la sociedad se dedicara la debida atención en la etapa final de la vida habría pocos casos que se podrían aducir como argumento en favor de la eutanasia. Muchas peticiones de eutanasia ¿expresan en realidad un deseo del enfermo en este sentido o más bien denuncian carencias de la medicina y de la sociedad y falta de solidaridad? Algunos creen que un cambio en la ley reduciría los incentivos para mejorar esas deficiencias. Una ley despenalizadora podría colocar a algunos enfermos en su etapa final, e incluso fuera de esta situación, bajo una presión que los incitaría a autorizar su eliminación. Se teme que una ley de este tipo pudiera deteriorar la relación de confianza entre el enfermo y el profesional sanitario. También hay que tener en cuenta el principio de la “pendiente resbaladiza”.

En aplicación a la situación española, se puede afirmar que la exigencia de una muerte digna, el rechazo del encarnizamiento terapéutico y el recurso a cuidados paliativos (y a la sedación terminal) pueden ser realizados dentro de una correcta interpretación y de una exacta aplicación del artículo 143 del Código Penal de 1995. La afirmación precedente es todavía más verdadera si a la normativa del código penal se añade lo establecido acerca de las “directrices anticipadas” o “instrucciones previas” en el artículo 11 de la “Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente” (14-XI-2002).

### 3. **Necesarias clarificaciones**

#### a. *Estado vegetativo permanente o, mejor, persistente*

Mucho se ha avanzado en la definición y en las posibilidades de verificación de la *muerte clínica*. Pero todavía quedan aspectos que requieren mayor clarificación en orden a decisiones sobre interrupción de tratamientos. El *estado vegetativo permanente* (EVP) se caracteriza por la pérdida de las funciones del cerebro superior, manteniendo, completa o parcialmente, la preservación del hipotálamo y las funciones del tronco cerebral autónomo; la inconsciencia es un concomitante de tal situación. Se considera “permanente”, cuando ese estado se prolonga durante más de un año. Sobre ésta y otras situaciones se requieren más exactas precisiones.

#### b. *Sobre la hidratación y la nutrición médicamente asistidas*

El interrogante ético radica en la “categorización” de la alimentación e hidratación artificiales: ¿son una “terapia” o son un “cuidado”? Si son *terapia* pueden llegar a la situación de “encarnizamiento terapéutico” o a ser medio “extraordinario” o “desproporcionado”. Si son *cuidado* entran dentro de la clasificación de los cuidados primarios que corresponden a necesidades primarias y, consiguientemente, serían medios “ordinarios”. Naturalmente, aún aceptando que sean medios ordinarios, pueden darse situaciones (por ejemplo, en la demencia senil terminal) en que sea legítima la interrupción (al menos, temporal) de esos cuidados. Un *Discurso* de Juan Pablo II (20-III-2004) y unas recientes *Respuestas* de la Congregación para la Doctrina de la Fe (1-VIII-2007) han resituado el tema, afirmando que la hidratación y la nutrición artificiales son medios “ordinarios”.

#### c. *Otro conceptos que requieren mayor precisión teórica y mejores indicaciones para su aplicación práctica:*

- ¿Qué es y cómo se mide la *inutilidad médica* de un determinado tratamiento?
- ¿Cómo se mide la *desproporción* entre los beneficios esperados y los inconvenientes reales de una determinada intervención médica?
- Se precisa una clarificación semántica de los verbos de acción *iniciar, mantener, limitar, interrumpir* cuando se refieren a una determinada terapia en la fase terminal.