

La transmisión del “evangelio de la vida” en el ámbito sanitario y asistencial

Enrique Aranda Aguilar

JEFE DE SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA
CÓRDOBA

RESUMEN La cultura dominante que nos envuelve hace que seamos queridos por aquello que tenemos o por la utilidad de lo que hacemos, pero difícilmente se nos va a querer por nosotros mismos. En este contexto de relación utilitarista se ha dejado de ver al paciente como persona, y lo que antes era una relación personal entre el médico y el enfermo, hoy día está mediada por la técnica, el progreso y muchas veces por una sociedad que se hace garante de la salud y del bienestar no siempre en aras de lo mejor para la persona, que no siempre se corresponde con lo que le conviene en los diferentes momentos de su historia desde la concepción hasta la muerte natural.

PALABRAS CLAVE Médico, Sufrimiento, Dignidad Persona.

SUMMARY *The dominant culture around us makes us likeable for what we have or for our usefulness. But with difficulty are we liked for what we are in our selves. In this context of utilitarian relations we view patients less and less as human beings and, what was formerly a personal relation between doctor and patient, today is increasingly measured by technology and progress. And this often being done in a society which guarantees health and well being, but not always for reasons which are best for the human person, and without always corresponding to the best choice in the different moments of the patient's personal history from conception to natural death*

KEY WORDS *doctor; suffering, dignity person.*

I. INTRODUCCIÓN

El personal sanitario, en general, y el médico, en particular, no son superhéroes al margen de la presión mediática y la cultura eugenística que de nuevo nos invade, el médico está formado y así lo lleva explícito su vocación para salvar vidas, en esta medicina tecnificada y casi omnipotente no tiene cabida,

aunque parezca mentira, el dolor y la muerte que en muchas ocasiones el médico vive como fracaso. No siempre se sabe actuar ante estos pacientes que sufren, que tienen dolor, que denominamos terminales; y son en estos momentos cuando el médico tiene que sacar de dentro lo mejor que lleva como médico, o sea el saber y el ser, sólo si nos mostramos como personas que se relacionan con otras personas que nos necesitan, no sólo técnicamente, podremos volver a establecer una relación personal: médico paciente, pero para ello será básico que recordemos y reconozcamos la dignidad de cada persona por sí mismo, siendo la única manera de que curemos cuando podamos, aliviemos la mayoría de las veces y que consolemos y acompañemos a nuestros paciente hacia la muerte, en la que se centra uno de los momentos más dignos del ser humano.

1. SER MÉDICO:

Todos necesitamos amar y ser amados. Todos tenemos necesidad de afectos, de cariño y de amor al prójimo, en nuestra profesión podemos descargarlas en la relación médico-paciente, mediante la aplicación sistemática del método clínico en cada uno de nuestros enfermos, esas personas que acuden a nosotros en busca de asistencia.

Que la persona enferma no sea una molestia, si lo sentimos así, hemos dejado de ser médicos. Porque el paciente tiene que ser un estímulo permanente para ser mejores cada día. La ética médica tiene que estar presente desde el primer encuentro con la persona enferma y estamos obligados a escucharle con toda la atención; hacer que cada visita suya a la consulta, o nuestra a la cabecera de la cama, sea un diálogo y un encuentro entre dos personas. Si somos capaces de conseguir esto, la relación entre el paciente y el médico será un tributo a la dignidad humana de cada uno de los protagonistas. No nos acercamos a un órgano enfermo, sino a una persona que sufre; en este encuentro, ganamos más que el paciente: éste nos ayuda a ser más humildes y a crecer como personas.

Cuando decimos “Primero no hacer daño”, expresamos un concepto moral, ya que nuestro trabajo es con personas y nuestra intención es hacer-

las felices, ayudarlas a soportar su sufrimiento, hacerles el bien, aliviar, sanar, curar cuando sea posible, consolar siempre.

El ejercicio de la medicina clínica, cuyo objeto-sujeto es la persona, no debe de dejar de tener presente la dignidad de la persona enferma. La praxis médica es, por naturaleza, un ejercicio moral. Esas fuerzas morales tienen que enfrentarse hoy día a la avalancha de la tecnología médica que, mal empleada, no sólo nos deshumaniza, sino que lesiona y destruye las raíces éticas de esta profesión.

A nadie se le ocurre negar los beneficios, inmensos en ciertos casos, de la medicina moderna y de su apabullante tecnología. Pero ¿cómo no ver los excesos a los que puede conducir y a los que llega con frecuencia? Al movilizar, en torno al paciente (persona) cada vez más medios técnicos y, con ellos más soledad, hacemos abstracción de su universo mental, cultural, religioso; de sus propias fuerzas psíquicas, morales y espirituales, más allá de la dignidad, de su voluntad, de su entorno afectivo y asistencial, del sentido que esta persona enferma da a su vida y como enfrenta su muerte.

Ser médico, nos exige, junto al enfermo, prestigio profesional, cualificación técnica, respeto a la dignidad humana y amor al prójimo.

2. EL DOLOR:

El dolor es una realidad misteriosa. Ninguna hay tan ineludible, universal e inmediata; ninguna tan inexplicable, arcana y desconcertante. En el dolor conviven en paz la evidencia y el misterio. La certeza de que es inevitable, la seguridad de que debemos enfrentarnos con él antes o después, todos acabamos por ser hombre dolientes¹ y la experiencia directa de los seres humanos permiten vislumbrar confusamente algunos rasgos suyos, pero no consiguen disipar el halo de misterio que lo envuelve.

Dado que la enfermedad y el sufrimiento son inseparables de la condición humana, siempre ha existido un grupo de personas que se han encargado de los enfermos, encontrando explicaciones e inventando tratamientos.

1 A. POLAINO LORENTE, "Más allá del sufrimiento. El dolor y la aceptación de si mismo". *Atlántida* 15, 50.

Hoy día los profesionales sanitarios se han ganado la confianza y el prestigio que conlleva querer, saber y poder aliviar el sufrimiento humano. Hay muchas maneras de proteger la vida. Hay muchas maneras de asegurar que las personas vivan en la dignidad que se merecen. Curar y cuidar a los enfermos corresponde a los servicios sanitarios, como también le corresponde aliviar el dolor y evitar los sufrimientos. La atención integral del enfermo como persona, contemplando sus múltiples facetas, va calando de nuevo en los profesionales de la medicina.²

Al estar educados en una medicina que creemos “todopoderosa” no siempre sabemos qué hacer con aquellos enfermos que no conseguimos curar y no siempre se encamina nuestro quehacer al bien.

En este punto es importante suscitar en los individuos, en las familias y en la sociedad civil, en la que obviamente se encuentra inmerso el mundo sanitario, la importancia y su sentido de trascendencia. Son muchas y muy diferentes las situaciones por las que el hombre puede pasar desde el momento de la concepción hasta que Dios dispone de la vida de cada uno. Y no siempre se ofrecen soluciones prácticas que respetan la dignidad del hombre.

Algunos de los remedios a los problemas que el ser humano padece son netamente contrarios a la verdad del hombre porque se apoyan en unos presupuestos materialistas cegados a toda trascendencia. Hoy pasamos por unos momentos, que no son únicos, ni nuevos, ni definitivos, en los que peligran el respeto a la dignidad de todos los hombres, sobre todo, cuando unas situaciones de precariedad afectan a la vida, al entorno, al bienestar físico o material de las personas; baste pensar en la problemática del aborto, de la eutanasia o del suicidio. En todo esto tiene que ver tanto la sanidad que *Evangelium Vitae* tiene párrafos concretos para el mundo sanitario:

Estas estructuras y centros de servicio a la vida, y todas las demás iniciativas de apoyo y solidaridad que las circunstancias puedan aconsejar,

2 J. SANZ ORTIZ, “El control del sufrimiento evitable. Terapia analgésica”, en: J SANZ (ed.), (You and Us editorial, Madrid 2000), Intr.

sejar según los casos, tienen necesidad de ser animadas por personas generosamente disponibles y profundamente conscientes de lo fundamental que es el evangelio de la vida para el bien del individuo y de la sociedad.

Es peculiar la responsabilidad confiada a todo el personal sanitario: médicos, farmacéuticos, enfermeros, capellanes, religiosos y religiosas, personal administrativo y voluntarios. Su profesión les exige ser custodios y servidores de la vida humana. En el contexto cultural y social actual, en que la ciencia y la medicina corren peligro de perder su dimensión ética original, ellos pueden estar a veces fuertemente tentados de convertirse en manipuladores de la vida o incluso en agentes de la muerte. Ante esta tentación, su responsabilidad ha crecido hoy enormemente y encuentra su inspiración más profunda y su apoyo más fuerte precisamente en la intrínseca e imprescindible dimensión ética de la profesión sanitaria, como ya reconocía el antiguo y siempre actual juramento de Hipócrates, según el cual se exige a cada médico el compromiso de respetar absolutamente la vida humana y su carácter sagrado (EV 89)

El juramento Hipocrático decía:

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera no daré a ninguna mujer pesarios abortivos. Pasaré mi vida y ejerceré mi arte en la inocencia y en la pureza.

Aunque distanciados 24 siglos la declaración de Ginebra aprobada en 1948 por la Asociación Mundial de Médicos coincide sustancialmente con el juramento hipocrático cuando se asume el ejercicio de la profesión sanitaria se promete

Me comprometo solemnemente a consagrar mi vida al servicio de la humanidad [...] Practicaré mi profesión con conciencia y dignidad. La salud de mi paciente será mi primera preocupación [...] Mantendré el máximo respeto de la vida humana desde el momento de la concepción hasta su fin”.

3. LA MEDICINA ACTUAL:

La concepción del progreso de la medicina moderna es absolutamente incondicional, siempre reacia a aceptar límites y permanentemente dispuesta a ir más allá. Puesto que el organismo humano es experto en contraer enfermedades, en particular cuando su edad es avanzada, siempre hay un nuevo tratamiento o un nuevo progreso que puede imaginarse y perseguirse. Se podría llamar la cara curativa o sanadora de la medicina, llena de ambición, intolerante con el fracaso, al mismo tiempo es la cara que ven los pacientes, en consecuencia ellos ayudan a mantener el listón alto de lo que se considera una buena salud.

El gran inconveniente de esta cara de la medicina es que tiende a ser indiferente ante el cuidado, esa otra cara humanitaria tradicional de la medicina, que considera que su papel y obligación principales son el alivio del dolor y el sufrimiento. En los miles de años en los que la medicina apenas podía hacer nada por salvar vidas, su papel se limitaba a la paliación de los síntomas. Se produjo un avance importante cuando, a finales del siglo XIX y principios del XX, la medicina pudo realmente preservar y prolongar la vida. Sin embargo, a medida que el mensaje de dicho avance se tradujo a la realidad clínica tendió a olvidar que, por poderosa que pueda ser la medicina moderna y por muchos beneficios que haya aportado a la salud, al final las personas continúan sintiendo dolor y sufrimiento. Aunque con frecuencia su dolor puede ser aliviado, la medicina moderna no puede por si misma aliviar el sufrimiento al que da lugar las enfermedades crónicas o degenerativas. La medicina científica tampoco puede proporcionar ayuda a los individuos que no pueden dar un sentido espiritual o filosófico a su enfermedad, o al declive hacia la fragilidad que entraña el hecho de envejecer.

El aprendizaje en las ciencias de la salud consta de tres aspectos fundamentales: conocimientos, habilidades y actitudes. En el momento del ejercicio profesional los tres interaccionan dinámicamente para dar como resultado un correcto acto asistencial.

El acto asistencial consta de tres vertientes: curar, aliviar y consolar. La proporción en la que cada una de ellas contribuye al acto depende de la situación clínica del paciente en ese momento concreto y de los recursos sanitarios disponibles. Existen algunos motivos por los que el médico, no siempre presta suficiente atención a los enfermos terminales.

4. FALTA DE FORMACIÓN:

En la Universidad no se nos enseña, en absoluto, sobre lo que tenemos que hacer con un enfermo incurable. En una encuesta realizada en atención primaria el 96,13% de los médicos encuestados reconocen que sería muy necesario que en los programas de estudios de las Universidades se añadiese un curso de Medicina Paliativa.³

En el currículo académico de las profesiones sanitarias rara vez figuran materias directamente relacionadas con la enfermedad terminal o la muerte. El contacto con estas realidades, ya por sí difíciles, que requieren una preparación específica, provoca un rechazo instintivo en el profesional. Hay que asumir que el acto asistencial no se limita a curar sino que también consiste en aliviar y consolar.

Por esta razón, en muchas ocasiones no se puede echar la culpa a los médicos, ya que carecen de recursos para hacer frente a las muchísimas demandas de atención que va a formular el paciente.

Los profesionales sanitarios son cada día más hábiles en el manejo de aparatos y en la utilización de técnicas complejas, pero a menudo se sienten desprovistos y desarmados de cara a la angustia y a la soledad del moribundo e incapaces de establecer una relación de ayuda con él. No han sido preparados para ello.

3 Semer Vol. VII. nº 5. (2008) 12-13.

Al médico en la Universidad se le enseña a salvar vidas, inconscientemente cuando fallece un enfermo lo podemos interpretar como un fracaso profesional. La realidad es que la mortalidad humana es del 100%, el médico tiende en lo más íntimo a sentirse culpable de no ser capaz de curar a su enfermo. Desgraciadamente, el hecho de no saber manejar la situación, puede dar lugar a una conducta defensiva por parte del médico y que contribuirá en gran medida a empeorar las cosas.

Ningún profesional puede dar lo que no tiene. La muerte es la continuación de la vida y ha de ser objeto de reflexión durante la misma. Una vez integrada naturalmente dentro de los parámetros existenciales del profesional no representará una situación incomoda y marginada en el quehacer cotidiano sino un aspecto más del mismo.

Hoy día se está pretendiendo crear un mundo nuevo en el que los hombres que nacen con igualdad de derechos no nazcan y sobrevivan sólo según los criterios de derecho y dignidad que la sociedad les reconoce. Aquellos que no pasan el examen o cuyo grupo de pertenencia no es reconocido en su total humanidad, ya no tienen derecho a nacer o derecho a la vida, así el genetista Axel Khan, llega a decir “Lo que diferencia a los hombres, su diversidad genética, podría ser más importante que aquello que los une, su humanidad”.

5. LA SOCIEDAD ANTE EL SUFRIMIENTO:

La sociedad moderna enfatiza mucho la conveniencia, el confort y el evitar el dolor, así como las pruebas inevitables de la vida entre las que se encuentran el dolor y el sufrimiento.

El sufrir no goza de muy buena prensa, se considera un disvalor⁴, en la actualidad, es cierto que tenemos muchos medios para combatirlo pero nos faltan motivos para soportarlo. Habitualmente se intenta huir del dolor a toda costa, sin darnos cuenta que muchas veces esta huida genera más ansiedad y sufrimiento que el propio dolor. La disminución de la capacidad de soportar el dolor suele aumentar el sufrimiento.

4 A. POLAINO LORENTE, 300-320.

En nuestra sociedad todo está diseñado para esquivar el sufrimiento, sólo se acepta el lado plácido de la vida, se ha hecho del bienestar un valor absoluto. Una sociedad por otro lado que busca abolir a toda costa el sufrimiento, cuando este llega se queda muda⁵. Esta sociedad del estado del bienestar satisface prácticamente todas las necesidades del hombre pero no satisface las necesidades de sentido que tiene el mismo hombre. El hombre al interrogarse por el sentido de la vida, al atreverse a dudar de la existencia de tal sentido, sólo manifiesta su esencia humana.⁶

El enfermo en su última enfermedad con demasiada frecuencia se siente desasistido o incluso desahuciado. El paciente se sorprende por una asistencia médica más preocupada por el buen funcionamiento de su cuerpo que por sus preocupaciones, síntomas y prioridades actuales.

A lo largo del siglo XX hemos asistido a una renovación de los sistemas de atención sanitaria. A comienzos del siglo XX tenía una gran trascendencia el médico general, el médico de cabecera; en la segunda mitad del siglo XX aparece el Hospital, los especialistas y las altas tecnologías. El médico deja de ser experto en la persona enferma, la relación médico-enfermo deja de ser personal, ya que en el centro de esta relación se instala la tecnología que toma el papel de protagonista. El paciente de un lado se siente persona marginada y el médico por otro pierde su prestigio social. El paciente que tiene amenazada su vida, tiene unas características que le son propias, tales como la vulnerabilidad, la inseguridad y la indefensión. Una correcta relación médico-paciente puede atenuar en este último el temor, la ansiedad, la indefensión o incertidumbre.

Por otro lado, con el aumento de la tecnología el médico ha dejado de utilizar la palabra, sus manos y su humanidad, con lo que sin darse cuenta ha disminuido su capacidad para aliviar o sanar.

Hipócrates, al que nos referimos anteriormente, vivió en el s. IV a.C. Hasta entonces, el médico cumplía una doble función; una era curar... ¡la otra matar!

5 R. SPAEMANN, "El sentido del sufrimiento" *Atlántida* 15 (1993) 322-332.

6 V. FRANKL, *La voluntad de sentido* (Barcelona 1988).

La gran contribución de Hipócrates, que pasó a la era cristiana y guió la profesión del médico durante los siguientes dos milenios, fue la de separar la función de curar y la de matar del arte médico. A partir de entonces, el médico solo curaría. A través de los siglos, el juramento hipocrático ha contenido la frase, *primum non nocere*, “en primer lugar, no hacer daño”. En la actualidad, los médicos que se gradúan ya no hacen el juramento hipocrático. Con el aborto y el apresuramiento para legalizar la eutanasia, los médicos, trágicamente, han vuelto a asumir esa doble función.

Cuando se da el paso gigantesco de ponerle precio a la vida juzgando que tiene solo un valor relativo, el resultado es fatal, porque los precios pueden ser rebajados. Los nazis los rebajaron; Holanda los rebajó; el aborto ha demostrado lo mismo. Cuidado con cometer errores las consecuencias pueden ser terribles. Recordemos a William L. Shirer que entrevistó a un juez nazi procesado y condenado a muerte en Nuremberg. El juez lloraba diciendo, “¿Cómo pudo suceder algo así? El Sr. Shirer respondió, “Señor juez, sucedió la primera vez que usted autorizó matar una vida inocente”.

6. DIGNIDAD DE LA VIDA HUMANA:

El respeto de la vida humana desde la concepción es un principio ético fundamental, es el respeto a la dignidad humana, la sociedad actual frente al aborto o a la eutanasia, quiere anteponer como más relevantes: la reivindicación de unos derechos mal entendidos de la mujer o a problemas de salud pública, que no van a la raíz y fondo de los mismos, y que tampoco plantean soluciones acordes con el respeto a la persona humana; un concepto de persona humana redefinido por una sociedad “moderna”, pragmática y utilitarista; una concepción de calidad de vida que se lleva por delante la consideración a la dignidad del otro.⁷

El concepto de persona humana y dignidad perdió sus fueros y bases filosóficas y antropológicas, para tener una redefinición actual, basado en los intereses del momento, en los intereses políticos. A la persona humana se le

7 “Editorial”, *P & B*. Vol 9. Rev nº1 (24). 2008, 4-6

quita su categoría de persona porque aún no ha nacido o porque tiene una enfermedad que le puede dificultar o impedir desplegar todas las cualidades y características inherentes al ser humano. Se niega los atributos propios de la persona, independientemente de que en un momento o en otro no se puedan explicitar.

La sociedad actual se olvida que “cuando se aplica el concepto de persona a unos individuos, concedemos a estos un estatus determinado, el estatus de la inviolabilidad. Con la concesión de este estatus contraemos el deber de aceptar su relevancia”⁸. De aceptar el compromiso a respetarlo, de velar por sus derechos. Un compromiso ineludible para toda la población.

En este punto de la reflexión necesariamente tenemos que abordar la eutanasia.

II. LA EUTANASIA⁹

“Eutanasia” significa literalmente “buena muerte”. Pero ¿cómo puede ser buena la muerte?¹⁰ El discurso se vuelve ambiguo desde su inicio.

Hace años cuando se hablaba de “buena muerte”, se rezaba cotidianamente a Dios para que nos concediese una buena muerte, se quería decir que se pedía una muerte en “gracia de Dios”, es decir, una muerte que nos encontrase preparados para el encuentro supremo con el misterio de Dios. Hoy, cuando se nos desea una buena muerte se quiere decir más bien una muerte sin sufrimiento, de repente y sin que seamos conscientes del drama: la muerte dulce es aquella en la que no hay dolor físico ni angustias espirituales, una muerte que te arranque de la vida sin que tú lo sepas.

Nuestra sociedad aprecia la vida en la medida que aporta placer y bienestar, y el sufrimiento aparece como un peso insoportable, del que hay que liberarse a toda costa. La muerte se considera absurda si interrumpe una vida

8 R. SPAEMANN, “Personas. Acerca de la distinción entre ‘algo’ y ‘alguien’”, (Pamplona 2000) 37.

9 “L'Eutanasia: il volto mostruoso di una falsa pietá” (EV, nn. 15. 64-67).

10 L. MELINA: “La retorica della “buona morte”, en: *Corso di Bioetica* (Ed. Piemme, 1996) 206-223.

todavía abierta a un futuro rico de posibles experiencias pero se convierte en una liberación reivindicada cuando se sostiene que la existencia no tiene sentido porque está sumergida en el dolor (EV 114)

1. DEFINICIÓN

Por Eutanasia se entiende una acción u omisión que por su naturaleza o por las intenciones que se tiene al practicarla procura la muerte con el fin de eliminar todo dolor¹¹.

Podemos describir tres actuaciones que pueden plantearse ante un enfermo terminal y proponer un término para describir cada una de estas actuaciones.

Primer tipo de actuación: Cuando en un enfermo hay certeza de que la muerte es inminente y el tratamiento se juzga ineficaz, utilizar medios especiales para prolongar la vida podría originar más sufrimientos. Esta actitud es la más rechazada por los familiares, y se podría etiquetar con el término de “encarnizamiento terapéutico”. En general no suele caerse en esta actitud, ya contemplada por la comisión deontológica de los colegios médicos que propuso el artículo 28.2¹². Caer en este tipo de actuación es caer en el encarnizamiento o ensañamiento terapéutico.

Segundo tipo de actuación: Suele ocurrir con más frecuencia que ante un proceso terminal, el mismo enfermo, los familiares o el médico, ven que no hay posibilidades de tratamiento para prolongar la vida en condiciones aceptables. En esta segunda actuación, lo más importante es poner los medios para que el enfermo no sufra innecesariamente y que el tránsito sea lo menos doloroso posible. Esto es lo más frecuente, lo normal, por eso a esta actitud se le llama “ortotanasia”, que quiere decir muerte normal.

11 Eutanasia. Declaración de la S. Congregación para la doctrina de la fe. 5 Mayo, 1.980

12 “En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota, y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles y obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final con el respeto que merece la dignidad del hombre”

Tercer tipo de actuación: Rara vez, el enfermo viendo que el pronóstico es malo, solicita que no le dejemos sufrir y en ocasiones, incluso solicita que se le administre un fármaco para facilitarle la muerte. Aunque esto sucede en contadas ocasiones, los que así hablan, en general, son personas con una gran sentido de la generosidad mezclado con un gran sentimiento de impotencia. En el contexto emocional que rodea a la muerte, estos sentimientos de ansiedad, depresión o inutilidad, no pueden abandonarse a su propia suerte. Esta actitud voluntaria de originar la muerte como fórmula para acabar con el dolor, podríamos denominarla Eutanasia real¹³

2. ARGUMENTOS A FAVOR DE LA EUTANASIA

Centraremos la atención en los dos argumentos más aducidos por los defensores de la eutanasia: la libertad y el sufrimiento.

La libertad: Este es el argumento que está detrás de la tan oída frase de "derecho a elegir la muerte". Lo primero a señalar es lo inapropiado de la frase con la que se quiere expresar la libertad. Un derecho es algo que le corresponde al hombre bien por el hecho de ser hombre o por acuerdo social, y se reivindica o se defiende debido a su posibilidad de llevarse a cabo. El hombre no tiene derecho a elegir su muerte, sino que tiene poder para quitarse la vida y quitársela a otros¹⁴.

La disponibilidad de la vida: Desde el punto de vista racional la vida no es algo de lo que se pueda disponer. La vida es un bien fundamental del hombre que no está a su disposición. La vida humana vale por sí misma, tiene una dignidad y un valor que le acompaña siempre. En términos filosóficos se habla de dignidad de la persona humana que hace la vida indisponible e intangible para los otros y para el sujeto mismo, porque la vida conserva siempre la dignidad y el misterio que deriva de ser humana. Es decir, la vida humana es siempre vida personal y, por tanto, es inadmisibles la separación

13 *Eutanasia:* procurar la muerte sin dolor a los que sufren. También se entiende por *eutanasia* el llamado homicidio por compasión, es decir, causar la muerte de otro por piedad ante el sufrimiento o atendiendo a su deseo de morir por las razones que fuere.

14 J. MAZUELOS, *Isidorianum* 16 (1999) 457-488.

vida-persona que se establece cuando se dice que la persona puede disponer de su vida.

3. ¿ES LIBRE EL ENFERMO CUANDO PIDE LA MUERTE?

Llama la atención que ningún ser humano, en perfecto estado de salud, realice dicha petición, de ahí que sea inevitable preguntarse ¿por qué un enfermo pide la eutanasia? ¿que es lo que pide realmente el enfermo que solicita la eutanasia?.

Son muchos autores, con los que coincido plenamente por mi propia experiencia, que tras muchos años de contacto con enfermos de cáncer no han tenido que enfrentarse a este problema.

En mis más de 25 años de ejercicio en la Oncología Médica, gracias a Dios, ningún paciente ni ningún familiar me ha solicitado la eutanasia, cierto es que lo que piden lógicamente, tanto pacientes como familiares es el no sufrir; pero si al paciente se le controla el dolor, se le acompaña con esperanza y se le ayuda a resolver sus problemas, no sólo materiales, difícilmente nos va a pedir la eutanasia.

En este sentido hace 10 años empezamos un programa conjuntamente SAS-Hospital Reina Sofía-Asociación Española Contra el Cáncer para asistir a pacientes terminales en su domicilio y nuestra experiencia ha sido muy positiva, con un buena conexión hospital-asistencia domiciliaria, se ha conseguido que el 75% de los pacientes que han entrado en el programa hayan fallecido en su domicilio, acompañados por su seres queridos y atendidos y sintiéndose atendidos por el personal sanitario. Pollard escribe:

Durante mis cinco años dedicado exclusivamente a proporcionar asistencia médica a los pacientes a punto de morir, casi todos de cáncer, no hubo ningún enfermo que me pidiera la eutanasia [...] En todo momento fueron advertidos que si querían, podían solicitarla y se les atendería, pero ninguno lo hizo. Lo único que les preocupaba es que se les prolongara la vida inútilmente mediante técnicas artificiales [...] Los únicos que de verdad pensaron en la eutanasia y la sugirieron para

algún enfermo fueron la familia o los amigos [...] Los médicos que tenemos a nuestro cargo la asistencia paliativa sabemos por experiencia que si nos preocupamos de los enfermos y sus necesidades, no piden la eutanasia¹⁵.

También, en relación a la libertad, tenemos que tener presente las diversas fases a través de las cuales puede pasar un enfermo amenazado de muerte: negación, rebeldía, pacto, depresión y aceptación¹⁶. Estas fases demuestran que la libertad de un enfermo, para decidir sobre su vida, es limitada. Dicha decisión, dependerá de la etapa psicológica en que se encuentre. Además, el hecho de que sea posible ayudarlo a superar las diferentes etapas hace pensar si proporcionarle la muerte no es una falta de ayuda y solidaridad y, por tanto, de humanidad. ¿Hasta qué punto podemos considerar un servicio humanitario impedir que el enfermo llegue a un estado de aceptación de sí mismo en donde pueda establecer relaciones privilegiadas con personas de su ambiente?

Por último, defender la eutanasia en función del respeto a la libertad del enfermo se encuentra con un nuevo problema ante pacientes que no pueden decidir, como por ejemplo, los que entran en coma. En estos casos no se puede argumentar que él es libre para acortar su vida. Los defensores de la eutanasia proponen como solución el llamado testamento vital, pero quien sabe en que circunstancias se puede encontrar uno en el momento de redactar el testamento y que difícil es saber con certeza que uno no va a cambiar su decisión ante la proximidad de la muerte.

4. DEBER DEL MÉDICO

La reivindicación del “derecho” que tiene toda persona enferma a disponer “libremente” de su vida se encuentra con el obstáculo de por qué este derecho conlleva por parte del médico el deber de consumarlo. Es decir, ¿por qué es

15 B. POLLARD, *Eutanásia*, 69-71.

16 Cf. E. KÜBLER-ROSS, *Sobre la muerte y los moribundos* (Barcelona 1975).

el médico quien debe intervenir directamente o al menos colaborar con la muerte del enfermo terminal? Es esto lo que afirma Callahan¹⁷ cuando dice que no es posible entender la eutanasia y el suicidio asistido como mera expresión de la autonomía del individuo, ya que tales acciones implican por definición la participación de otros y, por tanto, son acciones sociales. Por consiguiente, el derecho a morir no puede significar que otro tiene el derecho a matar. No es pensable que una simple autorización pueda conferir el derecho a matar.

Podemos establecer tres argumentos en contra de que sea un deber del médico realizar la eutanasia:

1. El deber del médico es velar por la vida del enfermo y aliviar sus sufrimientos¹⁸.

2. Traería graves consecuencias para la relación médico- enfermo, sobre todo con los enfermos que necesitan de cuidados asistenciales, cuya relación se basa fundamentalmente en la confianza¹⁹.

3. Al no ser la medicina una ciencia matemática siempre queda un margen de error a la hora de establecer un pronóstico. Al mismo tiempo, se sabe por experiencia, que a veces los diagnósticos y los pronósticos médicos son erróneos²⁰.

En relación al deber del médico Juan Pablo II dice:

Científicos y médicos están llamados a poner su ingenio y su energía al servicio de la vida y nunca pueden, por ninguna razón y en ningún caso, suprimirla. Para todos los que tienen un vivo sentido del valor de la vida, creyentes y no creyentes, la eutanasia es un crimen al cual nadie, ni bajo ningún concepto debe cooperar, ni siquiera permitir. Los

17 Cf. D. CALLAHAN, *What Kind of life?* (New York 1990) 231.

18 Cf. L.R. KASS, "Neither for Love nor Money: Why Doctors Must not Kill", en: *The Public Interest* 24 (1989) 25-46.

19 M. CUYÁS, *Eutanasia. L'etica, la libertat, la vita*, (Casale Monferrato 1989) 96.

20 J.A. GARCÍA VELASCO, "Progreso científico y eutanasia", en: *El Médico* 269 (1988) 10.

científicos y médicos no deben considerarse como los señores de la vida, sino como sus servidores hábiles y generosos²¹.

Para justificar la eutanasia se dan dos razones fundamentalmente²²: El hombre no tiene que sufrir; y los síntomas derivados de la enfermedad son insufribles.

La primera razón “el no sufrimiento” viene de alguna manera precedido por el convencimiento de que el sufrimiento es algo externo al hombre y, por lo tanto, el hombre no puede hacer nada frente a esto, pero evidentemente esto no es así, puesto que el dolor y, por ende, el sufrimiento son elementos constitutivos de la naturaleza humana y al mismo tiempo no todo lo referente al dolor es negativo²³.

A lo largo de toda la existencia, el dolor –físico o moral– está presente de forma habitual en todas las biografías humanas: absolutamente nadie es ajeno al dolor sino que nos acompaña desde la más tierna infancia hasta los umbrales de la muerte. La experiencia nos muestra que el sufrimiento no es un cuerpo extraño al hombre, sino que forma parte del hombre. Algo que confirman los propios defensores de la eutanasia cuando proponen como solución acabar con la vida del hombre para eliminar el sufrimiento.

Respecto a la sintomatología es difícil de romper la asociación que establece la sociedad entre cáncer y muerte dolorosa, por lo que muchos defensores de la eutanasia argumentan la imposibilidad de controlar los síntomas y el sufrimiento que conllevan, pero esto sabemos que no es así.

Masiá²⁴ recoge el estudio hecho en Inglaterra en el centro de cuidados paliativos de St. Christopher en donde el 98% de los enfermos que llegaron con dolores quedaron completamente libres de ellos tras los cuidados palia-

21 JUAN PABLO II, “Discurso a dos grupos de científicos promovidos por la Pontificia Academia de las Ciencias”, en: *Ecclesia* 2 (1985) 1426.

22 J. MAZUELOS, *Isidorianum*, 16 (1999) 457-488.

23 A. DI GIOVANNI, *Il dolore* (Brescia 1988).

24 J. MASIÁ, “¿Eutanasia o buena muerte? Cuestiones éticas más allá y más acá de la muerte”, en: J. GAFO, *La eutanasia y el arte de morir* (Madrid 1990) 135-136.

tivos. La conclusión a la que se llegó fue que se pueden administrar drogas analgésicas durante meses sin daño para el paciente y que, por tanto, no hace falta legalizar la eutanasia. Concluye diciendo: “si los médicos aceptasen la analgesia efectiva no haría falta legalizar la eutanasia. Por otra parte, si no se tiene compasión para tratar al enfermo terminal, mucho menos nos atreveremos a dar a los médicos el poder que les daría una eutanasia legalizada”.

Manni²⁵ y Pollard, afirman que la razón más frecuente para solicitar la eutanasia es porque es imposible vivir con dolores insoportable, pero hoy día sabemos que la medicina tiene a su alcance la farmacopea suficiente para aliviar la inmensa mayoría de los dolores.

La medicina paliativa la tenemos que considerar como parte esencial de cualquier actividad sanitaria y debe complementar a la medicina curativa, sería un gran fracaso tener que utilizar la eutanasia para aliviar los síntomas.

A la vista de todo esto podemos afirmar que la eutanasia como solución al sufrimiento es desproporcionada y sin consistencia en la actualidad. La eutanasia que es presentada como la humanización de la muerte, no es humana, porque nada podemos humanizar con prácticas no humanas.

La defensa de la eutanasia se apoya aparentemente sobre argumentos humanos: derecho a disponer libremente de la vida y derecho a no sufrir, y analizadas ambos argumentos desde el punto de vista de la ética, de la medicina o del derecho, se demuestra claramente que esto no es así. Como dice Juan Pablo II el gran problema del hombre es que no se conoce como persona, ni se reconoce como tal en muchos aspectos y no quiere identificar en su naturaleza humana la muerte, el dolor o el sufrimiento.

5. EL PACIENTE:

Lo que humilla o hace sentirse digno a un enfermo, no es la enfermedad, sino la actitud de los que le rodean y cuidan. Con un gesto, con el modo de mirar o tocar, con nuestra actitud reafirmamos al enfermo su identidad, le ha-

25 Cf. C. MANNI, “Considerazioni mediche sull’eutanasia”, in: AA.VV., *Morire sì, ma quando?* (Roma 1977) 171.

ceмос afirmarse en su propia dignidad o le confirmamos que ya no es más que un objeto desagradable y molesto.

Los enfermos necesitan alivio y consuelo para su dolor y nosotros debemos intentar proporcionárselo. En el dolor de los demás, encontraremos nosotros el sentido del dolor en general y del nuestro propio en particular, esa experiencia nos debe ir enriqueciendo para poder ayudar a otros enfermos, en lo posible, a encontrar el sentido de su enfermedad, porque como dice V. Frankl: “El hombre no se destruye por sufrir; el hombre se destruye por sufrir sin ningún sentido”²⁶; o como dice Nietzsche: “cuando un hombre tiene un por qué vivir soporta cualquier como” y por qué morir...

Un enfermo grave puede sufrir más por la sensación de soledad o abandono que por la propia enfermedad, y cuantas veces hemos comprobado que los dolores físicos se pueden mitigar con una sonrisa, los que estamos cerca de los enfermos no nos podemos contentar con aliviar su dolor físico, también debe preocuparnos su sufrimiento interior, ayudándoles en la tarea de encontrar un sentido a su situación; esto no se hace con palabras bonitas, sino dándoles motivos para sobrellevar la enfermedad, haciendo sentir al paciente (con nuestra actitud) que nos importa, que no es una carga inútil, sino una persona digna de nuestro cariño, de nuestro profundo respeto y de todo nuestro esfuerzo para curarle o al menos para aliviarle.

El ser humano posee en si mismo una dignidad que lo hace merecer el máximo respeto y cuidado. Esta dignidad es connatural a su propio ser. Es independiente del grado de salud, edad, raza, estado de maduración, de utilidad..., no puede ser violada por ninguna razón de tipo científico, social o económico.

Es claro el empeño de “despersonalizar” la vida humana, puesto que entienden que el ser humano no es merecedor en si mismo, por su propio carácter ontológico, de una consideración diferente y diversa al resto de seres vivos. El término persona había añadido en nuestra tradición cultural una densidad y un valor intrínseco a la dignidad de los hombres que la actual cultu-

26 V. FRANKL, *El hombre en busca de sentido* (Barcelona 2001) 117.

ra de la muerte pretende superar y disolver relativizando su contenido, adoptando una perspectiva puramente biologicista.²⁷

La dignidad de la vida humana se percibe en el encuentro interpersonal. La persona se muestra siempre como un misterio, porque a ella corresponde el nivel más perfecto de cuanto existe. Nunca es algo, sea cual sea su situación de desarrollo o salud, sino siempre y sólo alguien: único, irrepetible e insustituible. El encuentro con la persona implica a nuestra libertad, porque exige inevitablemente ser reconocida como tal. Cuando nos cruzamos con un amigo sin saludarle y nos llama la atención, nos disculpamos diciéndole que “no le habíamos reconocido”. El amigo exige el movimiento de nuestra libertad hacia la comunión con él: el reconocimiento.

Cuando el encuentro es verdaderamente interpersonal, el sujeto moral reconoce la persona del otro como “otro yo” (“carne de mi carne”, alguien único e insustituible como yo; y descubre, como absolutamente debido, que la única respuesta adecuada de su libertad frente a la realidad del otro es reconocerlo y tratarlo como persona, como sujeto y no como objeto.

Es necesario empeñarse en una re-personalización de la medicina que nos lleve a una consideración más unitaria del enfermo, favoreciendo una relación con él más humanizada, tal que no desgare la unión entre su esfera psico-afectiva y su cuerpo enfermo. La relación médico-enfermo debe volver a basarse en un diálogo hecho de escucha, de respeto, de interés, debe volver a ser un auténtico encuentro entre dos hombres libres, un encuentro entre una fe y una conciencia.

Esto permitirá al enfermo sentirse comprendido por aquello que verdaderamente es: un individuo que tiene la dificultad en el uso del propio cuerpo o en el desarrollo de sus facultades, pero conserva intacta la íntima esencia de su humanidad y el derecho a la verdad y al bien tanto sobre el plano humano como el religioso, y debe ser respetado²⁸.

27 G. ALONSO, *La cultura contemporánea y la dignidad de la vida humana*, en: *Familia y Sociedad* 5 (2009) 2.

28 JUAN PABLO II, *La sofferenza nel magisterio di Giovanni Paolo II 1978-1982*, (Roma 1984) 187, n° 209.

El hombre actual, en su mayoría, ha prescindido de Dios, y por ello ha perdido una aptitud maravillosa de convertir el sufrimiento en fuente de paz y progreso interior²⁹.

Es necesario valorar la importancia de que los médicos, que son los que más tratan con las personas que sufren, sepan transmitirle la dimensión positiva del sufrimiento, de ayudarles a descubrir su sentido, para saber incorporar en sus vidas los más preciados y genuinos valores. Pero la condición previa para lograr estos nobles propósitos, depende de que los médicos tengan la suficiente sensibilidad y el adecuado conocimiento de la naturaleza humana para concebir el sufrimiento no como un factor disolvente de la persona, sino como una realidad plena de sentido, y como una inestimable oportunidad para que tantos enfermos azotados por el dolor puedan recobrar la auto-identidad y estima personal.

En una época que tanto se sufre de la falta de fe en el sentido, se precisa que el médico se haga cargo más que nunca, y haga de ello consciente al enfermo, de que la vida del ser humano que sufre no deja por ello de tener sentido, sino al contrario, ella es la que ofrece las mejores posibilidades de colmar el más profundo de los sentidos y de realizar el valor de más elevado rango.³⁰

El médico ha sido designado por Dios para venir al encuentro de la humanidad sufriente. El que ha creado este ser, consumido por la fiebre o desgarrado, que está en nuestras manos. El que lo ama con un amor eterno, nos ha confiado el deber noble de restituirle la salud. En la cabecera del enfermo tenemos algo de la caridad de Dios, del amor y de la ternura de Cristo, el gran Médico del alma y del cuerpo³¹. Esta caridad no es un sentimiento superficial, falto de firmeza. De hecho es el amor que abraza a todo el hombre, un ser que es

29 G. MARAÑÓN, *Raíz y Decoro de España* (Madrid 1964) 49.

30 V. FRANK, *La Voluntad de Sentido*, 83.

31 JUAN PABLO II, *La sofferenza nel magistero di Giovanni Paolo II*, 228, nº 257

hermano en la humanidad, y en cuyo cuerpo enfermo, tiene todavía un alma inmortal, con todo el derecho de la creación y de la redención, de acuerdo con la voluntad del Padre.³²

La investigación científica en beneficio del hombre representa una esperanza para la humanidad, encomendada al genio y al trabajo de los científicos, cuando tienden a buscar remedio a las enfermedades, aliviar el sufrimiento. Para hacer que mantengan y refuercen su vínculo con el verdadero bien del hombre y de la sociedad, es necesario fomentar, como recordaba Juan Pablo II en el encíclica *Evangelium vitae*, una “mirada contemplativa” sobre el hombre mismo y sobre el mundo, como realidades creadas por Dios, y en el contexto de la solidaridad entre la ciencia, el bien de la persona y de la sociedad.

Es la mirada de quien ve la vida en su profundidad, percibiendo sus dimensiones de gratuidad, belleza, invitación a la libertad y a la responsabilidad. Es la mirada de quien no pretende apoderarse de la realidad, sino que la acoge como un don, descubriendo en cada cosa el reflejo del Creador y en cada persona su imagen viviente (EV 83).

Por todos sus progresos científicos y en aras a su eficacia, la medicina clínica debería retroceder en busca de sus orígenes, los de la necesidad de encontrar remedios para aliviar el dolor y el sufrimiento. Antes o después, todo paciente verá que se acerca el final de su vida, y habitualmente será su médico el que le revelará este pronóstico. Todo paciente tendrá que asumir su propia condición de mortal, sus limitaciones corporales inherentes a esta condición, su vulnerabilidad final, y será el médico el que tenga que ayudarlo a afrontarlo.

Los enfermos necesitan alivio y consuelo para su dolor y a nosotros, como médicos, nos corresponde intentar proporcionárselo. Para ello no bastará nuestra pericia técnica, sino todo lo que como personas podamos hacer

32 Pío XII, 1945 *Discorsi e Radiomessaggi*, VI, 304.

para aportarles ayuda, orientación, sentido en ese momento doloroso de su existencia. "Tenemos que poner en juego toda nuestra voluntad, todo nuestro acervo cultural y humanístico y todos nuestros conocimientos médicos y no médicos para curar, aliviar o consolar"³³

Humanizar la obra del médico quiere decir reconocer la dignidad de la persona.

Quiero acabar con una frase de la madre Teresa de Calcuta, que paso por el mundo repartiendo amor.

El mayor mal en nuestros días no es la lepra o la tuberculosis, sino la sensación de que no te quieren. La gente necesita ser amada, todo el mundo, ya sean alcohólicos, drogadictos, prostitutas o enfermos del SIDA. Sin amor, la gente se muere.

33 M. GONZÁLEZ BARÓN, "Prologo", en: M. GONZÁLEZ BARÓN *et alii* (ed). *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del enfermo con cáncer* (Madrid 1996).