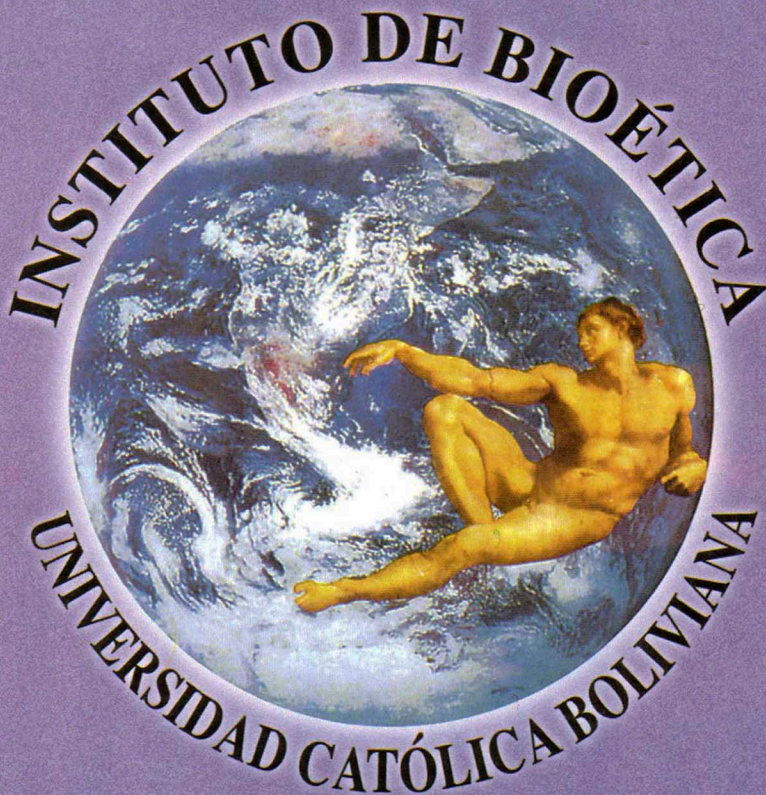


ORTOTANASIA BIOÉTICA DE LA MUERTE NATURAL DIGNA

Dr. Miguel Manzanera, S.J.



BIOS 8

2da edición revisada

INSTITUTO DE BIOÉTICA
Instituto Superior de Estudios Teológicos
Universidad Católica Boliviana
Cochabamba - Bolivia

2003

ORTOTANASIA
BIOÉTICA DE LA MUERTE
NATURAL DIGNA

Dr. Miguel Manzanera, S.J.

BIOS 8

INSTITUTO DE BIOÉTICA
Instituto Superior de Estudios Teológicos
Universidad Católica Boliviana
Cochabamba - Bolivia
2003

Colección BIOS

- 1. INICIO DE LA VIDA HUMANA.
REFLEXIÓN BIOÉTICA**
- 2. FUNDAMENTACIÓN DE LA BIOÉTICA
EN LA NOSTRIDAD**
- 3. BIOÉTICA DEL TRASPLANTE
DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**
- 4. FUNDAMENTACIÓN DEL DERECHO EN LA
FILOSOFÍA DE LA NOSTRIDAD**
- 5. BIOÉTICA DE LA INSUFICIENCIA RENAL**
- 6. DEBATE BIOÉTICO CONTEMPORÁNEO.
PROBLEMAS Y HORIZONTE**
- 7. BIOÉTICA, ECOLOGÍA Y AGROBIOTECNOLOGÍA**
- 8. ORTOTANASIA.
'BIOÉTICA DE LA MUERTE NATURAL DIGNA**

Depósito Legal YACHAY 2-1-98-90

Instituto de Bioética

Universidad Católica Boliviana

Calle Oruro E-0492

Casilla Postal 2118

Cochabamba – Bolivia

Tel (00591-4) 4257086; 4257153

Fax (00591-4) 4257086

www.ucbcba.edu.bo

E-mail: secbio@ucbcba.edu.bo

Diagramación: Lic. Tania Avila Meneses.

INDICE

PRESENTACIÓN	3
1. SITUACIONES TERMINALES	5
1.1. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TERMINALES	6
2. ORTOTANASIA	8
2.1. PRINCIPIO DE DIGNIDAD	9
2.1.1. Muerte del hombre	10
2.1.2. Muerte natural digna	11
2.1.3. Dolor y sufrimiento	13
2.1.4. Calidad de vida	14
2.2. PRINCIPIO DE BENEFICENCIA	15
2.2.1. Principio de proporcionalidad	16
2.2.2. Principio de humanidad	22
2.2.3. Principio de espiritualidad	26
2.3. PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA	30
2.4. PRINCIPIO DE AUTONOMÍA	30
2.4.1. Consentimiento libre e informado	31
2.4.2. Dificultades prácticas	32
2.4.3. Pacientes incompetentes	33
2.4.4. Situaciones de urgencia	34
2.4.5. Testamento vital	35
2.4.6. Autonomía del personal sanitario	35
2.5. PRINCIPIO DE JUSTICIA	36
3. POSICIONES INCORRECTAS	38
3.1. DISTANASIA	38
3.2. CACOTANASIA	39
3.3. CACOTANASIA SOCIAL PASIVA	39
3.4. EUTANASIA	42
4. LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA	46
4.1. PENALIZACIÓN ATENUADA	46
4.2. DESPENALIZACIÓN PRÁCTICA	47
4.3. LEGALIZACIÓN	47
4.4. CONSECUENCIAS DE LA LEGALIZACIÓN	48

5. BIODERECHO	52
5.1. ¿CONSENTIMIENTO LIBRE?	52
5.2. ¿DERECHO ABSOLUTO A LA VIDA?	53
5.3. ¿TOLERANCIA FRENTE A LA EUTANASIA?	54
5.4. ¿EUTANASIA ALTRUISTA?	56
4.5. CULTURA DE LA VIDA	56
6. FILOSOFÍA Y TEOLOGÍA DE LA VIDA	58
6.1. REFLEXIÓN SOBRE LA MUERTE	58
6.1. FILOSOFÍAS DE LA MUERTE	59
6.2. FILOSOFÍAS DE LA VIDA	61
6.3. EVANGELIO DE LA VIDA	63
7. PASTORAL DE LA ORTOTANASIA	65
7.1. SENTIDO DE LA MUERTE	65
7.2. SENTIDO DEL DOLOR Y DEL SUFRIMIENTO	67
7.3. PREPARACIÓN A LA MUERTE NATURAL DIGNA	68
7.4. PASTORAL DE LA SALUD	69
8. DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL	71
9. CONCLUSIÓN	72
BIBLIOGRAFÍA	73
RESPETAR LA DIGNIDAD DEL MORIBUNDO	
<i>ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA</i>	77

PRESENTACIÓN

Desde su creación en 1992, el Instituto de Bioética de la Universidad Católica Boliviana “San Pablo” ha tratado el tema de la bioética de la terminación de la vida, particularmente en los enfermos terminales, estudiándolo desde diversos ángulos. Gracias a las conferencias, encuentros, congresos y publicaciones hemos venido profundizando este álgido tema. Fruto de estas reflexiones es el presente escrito que auguramos sea útil para los estudiantes y profesionales de la bioética, para los enfermos y sus acompañantes y para el público en general.

El discurso bioético sobre la muerte del paciente terminal se ha centrado en torno al tema de la eutanasia y de la distanasia, consideradas incorrectas desde una antropología personalista que compartimos. Sin embargo, la bioética no debe centrarse en el rechazo de las posiciones incorrectas. La bioética y la ética en general, si bien tienen la tarea de señalar límites prohibitivos, deben, ante todo, iluminar al hombre en su proyecto de realizarse plenamente. Por eso hemos titulado este ensayo “Ortotanasia”, neologismo, cuyo significado etimológico es “muerte correcta”, al que hemos añadido el subtítulo de “Bioética de la muerte natural digna”.

Iniciamos el trabajo con una breve introducción con algunas reflexiones generales sobre los enfermos en situación terminal. En el segundo capítulo desarrollamos el tema central de la ortotanasia. Para ello seguimos el ya clásico esquema de los principios bioéticos, beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia. Sin embargo, a ellos anteponeamos como marco hermenéutico el principio fundamental de la dignidad humana, a la luz del cual examinamos temas relacionados como la muerte del hombre, la muerte natural digna, la calidad de vida y el dolor y el sufrimiento. También examinamos la problemática del consentimiento informado y libre, así como otros principios de proporcionalidad, humanidad y espiritualidad, incluyendo la discusión sobre el lugar de atención a los enfermos terminales, las situaciones de emergencia y el testamento vital.

Una vez asentadas las líneas básicas de la ortotanasia, pasamos a debatir en el capítulo tercero algunas actitudes, que consideramos incorrectas por las razones que veremos: la distanasia, la cacotanasia y la eutanasia. Dada la amplitud del debate sobre

èsta última dedicamos varios capitulos a confrontar sus argumentos jurídicos, filosóficos y teológicos.

El capítulo cuarto trata sobre el bioderecho en relación con la eutanasia, exponiendo varios modelos legislativos, así como las consecuencias previsibles de su legalización. A continuación, en el capítulo quinto, examinamos críticamente los pretendidos derechos absolutos a la libertad y al suicidio, develando sus falencias. En el capítulo sexto planteamos la confrontación filosófica y teológica en torno a la muerte y de la vida. Por último, en el capítulo séptimo, ya desde la fe cristiana presentamos algunas líneas sobre la pastoral de la ortotanasia, mostrando el sentido último de la muerte, del dolor y del sufrimiento.

Tal vez lo más novedoso de este ensayo es la propuesta de estudiar la bioética de la terminación de la vida humana bajo el título de “ortotanasia”. Esta propuesta puede contribuir a la elaboración de un estudio interdisciplinar más amplio sobre la muerte (“tatanología”) desde una perspectiva humanista.

Incluimos, a modo de reflexión final, el documento de la Pontificia Academia por la Vida, “Respetar la dignidad del moribundo”, que resume las reflexiones de la V Asamblea General, celebrada en la Ciudad del Vaticano, del 24 al 27 de febrero de 1999, en la que tuve honor de participar.

La presente segunda edición corrige y mejora la primera, publicada el 12 de diciembre del 2002. Agradecemos a todas las personas que han contribuido en la publicación de este trabajo, particularmente a la Lic. Tania Ávila Meneses, Secretaria del Instituto de Bioética. Esperamos que esta reflexión sea útil a muchas personas, porque en definitiva la muerte nos afecta a todos nosotros. Quiera el Señor que, después de tanto afán, descansemos en Él.

Cochabamba, 20 de abril de 2003, Pascua de Resurrección

Dr. Miguel Manzanera, SJ

**Director del Instituto de Bioética de la Universidad Católica Boliviana
Miembro Correspondiente de la Pontificia Academia por la Vida**

1. SITUACIONES TERMINALES

La vida biológica de todo ente humano, al igual que la de otros entes vegetales o animales, tiene un término inexorable. Los avances espectaculares de la ciencia médica, sobre todo en la biogenética han reavivado el sueño utopista de la inmortalidad del cuerpo humano.

Ningún pensador serio se atrevería a suscribir un utopismo semejante. Sin embargo, ciertamente los adelantos han modificado los parámetros clínicos que definían al enfermo terminal, antes llamado desahuciado. Enfermedades en otro tiempo incurables hoy pueden curarse mediante tratamientos terapéuticos adecuados. De aquí obviamente se deriva la obligación del personal médico y paramédico de actualizarse en las nuevas técnicas que permiten ofrecer esperanza de vida a pacientes en situaciones críticas.

Pero, no obstante esos avances tecnológicos, llega un momento en el que la enfermedad es diagnosticada irreversible e incurable. El diagnóstico y pronóstico sobre la incurabilidad e irreversibilidad debe analizarse en cada caso con todo cuidado, normalmente en una consulta ampliada de médicos competentes.

A efectos de esta reflexión consideramos en situación terminal a aquellos enfermos cuyo estado de salud se ha deteriorado de tal manera, que no sólo son diagnosticados como incurables, sino que su deceso puede ser pronosticado en un plazo de tiempo breve, que convencionalmente puede situarse en seis meses o en todo caso en un año.

El número de enfermos terminales en el mundo tiende a crecer. Un grupo relativamente grande está constituido por los enfermos con cáncer en estadio avanzado con metástasis de difícil extirpación o con lesiones irreversibles en órganos vitales, sin posibilidad de trasplante. Asimismo son cada vez más los enfermos en coma vegetativo sin esperanza de recuperación, muchos de ellos como consecuencia de accidentes automovilísticos.

Igualmente se multiplican los afectados por traumatismos violentos, accidentales o intencionales. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud cada año aproximadamente tres

millones y medio de personas mueren en el mundo y otras tantas personas quedan con incapacidad total, mientras que un número diez veces mayor sufre incapacidad parcial por ceguera, pérdida de un miembro etc.

En los países en vías de desarrollo muchos enfermos están condenados a muerte por falta de recursos económicos para acceder a tratamientos o medicamentos, asequibles en otros países. Sigue creciendo el número de pacientes del sida con pronósticos severos que obligan a predecir la cercanía de la muerte. Esta pandemia, frente a la que todavía no se ha descubierto vacunas efectivas; es actualmente uno de los problemas más serios de la humanidad en el inicio del siglo XXI, muy especialmente en el África Subsahariana.

Ya con estos datos podemos afirmar que gravedad del problema de enfermos en situación terminal, cuya definición depende no sólo de las circunstancias clínicas, sino también de su situación económica y del contexto sociopolítico en el que viven.

Además preocupa cada vez más el progresivo envejecimiento de la población en el ámbito mundial con un creciente aumento de ancianos, cuya situación podría ser considerada crítica en razón de su vulnerabilidad ante posibles enfermedades. Todo ello plantea también problemas socioeconómicos por la imposibilidad de financiar los costos de la seguridad social para una atención digna.

1.1. Prevención de las enfermedades terminales

Aunque no podemos detenernos en este punto, hay que subrayar que la primera obligación ética en materia de salud tanto por parte de instituciones públicas y como de las privadas debe ser la prevención de las enfermedades graves y de las pandemias. La prevención debe comenzar ya en los programas escolares y continuarse con las campañas públicas de información y formación realizadas periódicamente por las correspondientes instancias, utilizando los medios modernos de comunicación.

En muchas enfermedades los factores desencadenantes suelen ser los malos hábitos personales y las costumbres sociales: incluyendo el excesivo consumo de alcohol o de tabaco, la contaminación ambiental, la falta de higiene y de adecuada dieta en la alimentación, bien sea por exceso o por defecto, con problemas de desnutrición o de obesidad respectivamente.

El problema de las enfermedades de transmisión sexual y del sida debe ser enfrentado ante todo por cambios de comportamiento en las relaciones sexuales, hacia formas éticas responsables particularmente rechazando la promiscuidad y la prostitución y favoreciendo la abstinencia sexual prematrimonial y la fidelidad matrimonial.

1.2. Problemática del paciente terminal

La problemática en torno a los enfermos terminales es muy compleja, ya que abarca múltiples aspectos. Desde la perspectiva de la ciencia médica estos enfermos no despiertan gran interés, ya que su deterioro progresivo no permite mejorar significativamente su estado. Además hay una serie de cuestiones éticas de difícil solución. ¿Qué tipo de tratamientos médicos es aplicable a estos enfermos? ¿Es preferible atenderles en salas hospitalarias o en ambientes familiares? ¿Qué sentido emplear cuantiosos recursos económicos para cuidar a pacientes terminales, que podrían dedicarse a atender a enfermos con esperanzas de curación? ¿No sería conveniente acelerar su proceso de la muerte?

Aunque los límites de este ensayo no lo permiten, subrayamos la importancia de la humanización de la medicina para evitar que ésta se comercialice. El peligro de deshumanización se da allí donde el paciente es atendido de manera impersonal (Gafó 1993). En relación con los enfermos terminales veremos cómo se debe reconocer mayor importancia al acompañamiento humano y espiritual.

2. ORTOTANASIA

En las últimas décadas se ha intensificado la discusión en torno a la muerte de los enfermos terminales. De modo positivo juzgamos el rechazo unánime a las muertes provocadas sin el consentimiento del paciente (*"cacotanasia"*), así como al encarnizamiento médico (*"distanasia"*). En cambio han surgido organizaciones que reivindican el derecho a la *"eutanasia"* y promueven su legalización. Antes de entablar el debate frente a estas posiciones vamos a exponer en forma positiva la actitud correcta frente a la muerte. Para ello utilizaremos el término *"ortotanasia"*.

Este neologismo está formado por dos vocablos griegos *"ortho"* y *"thanatos"*, literalmente *"muerte correcta"*. Fue empleado por primera vez en 1950 por el doctor Boskan de Lieja, Bélgica. Posteriormente ha sido utilizado por varios tratadistas. El bioeticista Marciano Vidal considera la ortotanasia como el *"derecho a morir dignamente"* o también como la *"síntesis ética del derecho a morir dignamente y del respeto a la vida humana"* (Vidal 1985, 274-276). Javier Gafo lo utiliza para referirse a *"una situación intermedia entre la distanasia y la verdadera eutanasia"*. De modo similar José Vico Peinado lo emplea para *"referirse éticamente a la justa relación entre la práctica distanásica y la antidistanásica"* (Vico 1995, 236). Para los doctores mexicanos Armando Garduño y Óscar Sánchez Guerrero *"La ortotanasia que significa muerte justa, recta, conoce y respeta el momento de la muerte, sin adelantarlo ni retrasarlo, {que} evita intervenciones inútiles, y que no abandona en ningún momento al paciente, se constituiría como la mejor solución de un ejercicio médico sabio"* (Garduño / Sánchez Guerrero 1996, 333).

En nuestra opinión la ortotanasia significa vivir dignamente la muerte, tanto por parte del enfermo terminal como por parte de las personas que le atienden y también por la sociedad, respetando el momento de la terminación natural de la vida. Brevemente puede definirse la ortotanasia como la muerte natural digna, aunque haciendo la salvedad de que una persona puede vivir la muerte

dignamente aun en el caso de que sufra una muerte violenta (cfr. Manzanera 1998, 19s.).

A continuación expondremos la bioética de la ortotanasia siguiendo el esquema de los principios clásicos de la beneficencia, la no-maleficencia, la autonomía y la equidad, aplicados a la situación de los enfermos terminales. Primero antepone el principio de la dignidad como marco hermenéutico fundamental.

2.1. Principio de dignidad

La dignidad humana, aunque no suele enumerarse dentro de los principios bioéticos, constituye su fundamento y por lo tanto debe ser explicitado.

Todo hombre, por su misma naturaleza, posee una dignidad cualitativa superior a la de los demás entes materiales. La dignidad del hombre es inherente a su existencia. Comienza en el primer instante de su vida y se extiende a lo largo de toda ella hasta su terminación. La dignidad humana es universal y, por lo tanto, se opone a toda clase de discriminación. Recordamos que la dignidad humana está particularmente vigente en la bioética latinoamericana de inspiración humanista cristiana.

La dignidad es la base de los derechos universales del hombre, particularmente del derecho a la vida y a la integridad física, que debe ser reconocidos, protegidos y promovidos, tanto en las leyes y normas jurídicas como en cada caso concreto. El derecho inviolable a la vida es el fundamento del principio ético de no matar a un hombre inocente, Ese principio ético viene explicitado por el Papa Juan Pablo II en su Encíclica *“Evangelio de la Vida”*: *«La decisión deliberada de privar a un ser humano inocente de su vida es siempre mala desde el punto de vista moral, y nunca puede ser lícita como fin, ni como medio para un fin bueno»* (EV 57).

Este principio es plenamente aplicable a los enfermos terminales. Todo paciente aunque no tenga la posibilidad de ejercer su libertad, mantiene su dignidad, y por lo tanto, debe ser respetado mientras viva y no se haya diagnosticado y certificado su muerte.

De modo particular hay que reconocer y promover el derecho - y al mismo tiempo el deber - de cada paciente a vivir la muerte natural de acuerdo con su dignidad. Cuando ya no está en

situación de defender sus derechos son sus representantes legales, normalmente sus familiares más cercanos, sus tutores y en último término la sociedad civil y política quienes deben asumir su defensa.

La Iglesia Católica enfatiza la atención que debe darse a los enfermos. *“Aquéllos cuya vida se encuentra disminuida o debilitada tienen derecho a un respeto especial. Las personas enfermas o disminuidas deben ser atendidas para que lleven una vida tan normal como sea posible”* (Catecismo de la Iglesia Católica, N. 2276). Hechas estas aclaraciones haremos algunas precisiones sobre algunos temas conexos.

2.1.1. Muerte del hombre

El tema de la muerte ha adquirido gran actualidad a raíz de la controversia en torno a la llamada *“muerte cerebral”*. Brevemente haremos algunas precisiones. Juan Pablo II en su discurso al XVIII Congreso Internacional de la Sociedad de Trasplantes en agosto de 2000 describe la muerte como *“la desintegración de ese conjunto unitario e integrado que es la persona misma, como consecuencia de la separación del principio vital, o alma, de la realidad corporal de la persona”*.

El Papa recuerda que, si bien la muerte *“es un acontecimiento que ninguna técnica científica o método empírico puede identificar directamente”*, sin embargo se puede diagnosticar a través de *“signos biológicos ciertos”*. En la actualidad, además de los tradicionales criterios cardiorrespiratorios, se admite el *criterio neurológico*, es decir, la comprobación, según parámetros claramente determinados y compartidos por la comunidad científica internacional, de la *cesación total e irreversible* de toda actividad cerebral (en el cerebro, el cerebelo y el tronco encefálico). La comprobación de que se ha producido esa cesación total e irreversible muestra la pérdida de la capacidad de integración del organismo individual humano como tal. Por ello, concluye el Papa, *“Si se aplica escrupulosamente, no parece en conflicto con los elementos esenciales de una correcta concepción antropológica”* (Ibid.).

Como comentario a esta enseñanza subrayamos en primer lugar que, para no levantar suspicacias y evitar malentendidos, es preferible no utilizar los términos de *“muerte cerebral”* o de *“muerte*

encefálica”, así como tampoco se utilizan los términos de “*muerte cardiaca*” o “*muerte pulmonar*”. La muerte es simplemente del hombre. Se refiere directamente a la persona y no a determinados órganos por importantes que sean. Es el hombre el que fallece. La medicina, en particular la medicina forense, tiene que saber diagnosticar correctamente la muerte personal.

Además, el criterio moderno neurológico, que sí podría llamarse criterio cerebral o encefálico es razonable, ya que el encéfalo es el órgano rector de la integración personal. Así como otros órganos, incluyendo el corazón y los pulmones, son reemplazables con mayor o menor dificultad, en cambio el cerebro configura la identidad de la persona. Por ello la decapitación era uno de los modos de ejecutar la pena de muerte. En el caso de un hipotético y por ahora irrealizable trasplante de cerebro, más bien habría que hablar de un trasplante del resto del cuerpo.

Por ello el criterio neurológico es válido para adquirir la certeza de la muerte, siempre y cuando incluya parámetros exigentes de comprobación de la irreversibilidad de la actividad total del encéfalo. Obviamente hay que tomar cautelas para que no se cometan precipitaciones, ni mucho menos falsedades en el diagnóstico de la muerte. A partir del diagnóstico, correctamente establecido y certificado, puede procederse a la ablación postmortem de los órganos del cadáver para el trasplante, previo el consentimiento del fallecido o de sus representantes legales (Manzanera 1998, 21).

2.1.2. Muerte natural digna

En el debate en torno a la muerte suele haber un cierto consenso en la expresión “derecho a morir con dignidad”. Sin embargo, esa expresión es susceptible de ambigüedad en su interpretación. Hay personas que la interpretan en el sentido de que todo hombre tiene derecho a una muerte sin dolores. Incluso bajo ese lema se reivindica la eutanasia como una muerte digna.

Esa interpretación no es correcta. La dignidad de la muerte humana no se identifica con la eliminación del dolor. La muerte digna debe ponerse en relación con las actitudes éticas correctas del moribundo, entre ellas la aceptación del momento de terminación natural de su vida, sin distorsionarlo, bien sea acelerándolo o prolongándolo inútilmente.

Morir dignamente incluye el respeto a la muerte natural. Sólo si el enfermo acepta la naturalidad de la muerte, puede hablarse de ortotanasia, incluso aunque sea sometido contra su voluntad, a la aceleración o postergación inútil de su muerte.

Es preciso revalorizar el concepto de muerte natural como el fallecimiento de una persona debido principalmente a causas intrínsecas a su misma naturaleza. La muerte natural se explica por la limitación temporal inexorable de la vida corporal. Con el paso del tiempo llega un momento en que el organismo por su propio desgaste biológico deja de funcionar de manera irreversible y colapsa, iniciándose su corrupción.

Conviene aclarar que los tratamientos médicos que prolongan la vida de manera humana no se oponen a la muerte natural. El adjetivo "*artificial*" y su correspondiente sustantivo "*artefacto*" se derivan etimológicamente del latín y significan "*hecho con arte*" o sea hecho bien (Corominas, Joan. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. 3ª ed. Madrid, Gredos, 1973, 65). En tal sentido la cultura es "*artificial*" en cuanto obra humana, que puede y debe contribuir a la perfección de la naturaleza.

La muerte natural no equivale a dejar morir al paciente, abandonándolo a su propia suerte para que muera "*como un animal*". Por el contrario la muerte natural hace referencia a la dignidad humana y por lo tanto debe incluir la adecuada atención médica, humana y espiritual, como luego explicaremos.

Por lo tanto los tratamientos médicos, aunque obviamente sean "*artificiales*", no se oponen a la naturalidad de la terminación de la vida humana. Por el contrario tratan de prolongar la vida de una manera humana, salvo en el caso de la distanasia que será analizado más adelante.

La auténtica medicina fortalece la naturaleza humana utilizando medios tanto artificiales como naturales. En términos generales podemos afirmar que la verdadera cultura contribuye a perfeccionar la naturaleza, humanizándola.

Además, la muerte natural no puede ser definida estáticamente, sino que debe ser comprendida y aplicada dentro de cada cultura, históricamente situada. La muerte de un paciente de lepra en el siglo XIV sin recibir medicamentos curativos era

considerada natural. Por el contrario hoy en día no facilitar una terapia adecuada a un leproso es a todas luces una muerte antinatural e injusta, ya que existen tratamientos adecuados que permiten curar de esa enfermedad. Por esta razón el término “*muerte natural*” debe ser continuamente reformulado a lo largo de la historia con los avances de la medicina según los diversos contextos culturales.

La muerte natural respeta la dignidad de la persona mientras que la muerte antinatural, o sea la provocada por factores extrínsecos intencionados o accidentales, la contradice. Muchas veces la muerte antinatural es injusta, como es el caso del homicidio, aunque en un sentido más amplio incluye los decesos provocados por fenómenos cósmicos o accidentes que habrían podido ser evitados o por enfermedades que podrían haber sido prevenidas o curadas.

Por último es importante subrayar que una persona, aunque sea sometida a una muerte antinatural injusta, puede morir dignamente si de manera consciente y libre humaniza ese atropello contra su propia dignidad. Tal es el caso de las personas ajusticiadas injustamente, que no por ello han adoptado actitudes incorrectas frente a la muerte. La muerte de Jesús es el mejor ejemplo de muerte digna. Él, sometido a una muerte antinatural, tremendamente violenta e injusta, supo aceptar en la fe el miseroso designio divino misterioso, dando a su muerte un valor salvífico para toda la humanidad.

2.1.3. Dolor y sufrimiento

Aunque a veces el dolor y el sufrimiento están profundamente interrelacionados y frecuentemente se utilizan como términos sinónimos, conviene distinguirlos. El dolor tiene normalmente una etiología corporal localizada. Tal es el caso del dolor de cabeza o de oídos etc. El dolor, como mecanismo biológico natural, cumple una función importante de avisar al paciente sobre un desarreglo somático para que sea controlado y arreglado. El sistema neurológico envía una señal de alarma. Al percibirla el paciente tratará de controlar el desarreglo causante del dolor. Un paciente que no sintiese el dolor corre el peligro de enfermarse gravemente sin darse cuenta. Sin embargo, el dolor puede alcanzar tal intensidad que causa un malestar profundo que llega a

trastornar a la persona y a agravar la enfermedad. Por eso la medicina paliativa se esfuerza en combatirlo.

El sufrimiento, en cambio, tiene normalmente una etiología psíquica personal. La expresión "*sufro mucho*" hace referencia al yo profundo, sin que necesariamente exista un dolor físico. Muchas veces el sufrimiento, también llamado dolor moral, incluye aspectos emocionales como la soledad, el temor, la falta de sentido de la vida, el sentimiento de culpa o el vacío espiritual. Puede estar ocasionado o causado por frustraciones en las relaciones interpersonales que afectan negativamente a la persona, particularmente la traición o el desprecio.

Por ello la terapia del sufrimiento es mucho más compleja que la del dolor y debe llegar a los estratos más profundos del yo en su dimensión psicológica espiritual, para curar la ruptura allí ocasionada y restablecer la paz interior. Dada la interrelación entre el dolor y el sufrimiento muchas veces es conveniente utilizar conjuntamente ambas terapias.

2.1.4. Calidad de vida

En la discusión bioética ha adquirido gran importancia el término "*calidad de vida*", manejado profusamente y muchas veces con superficialidad. Así muchas veces se habla de los pacientes terminales indicando que carecen de calidad de vida.

Esta afirmación no sólo muchas veces es falsa, sino que puede inducir a una discriminación hacia esos enfermos. Éstos, si bien no pueden llevar una vida normal y sus expectativas de vida normal son muy limitadas, de ninguna manera pueden ser consideradas como personas de menor categoría. La calidad de vida no se reduce a la dimensión corporal o biológica, que, aunque es importante para la vida del hombre, es tan sólo una dimensión de la salud integral de la persona, dentro de la cual tiene prioridad la dimensión psíquica espiritual.

La calidad de vida debe referirse ante todo a la persona en su búsqueda de realización ética. Todo hombre tiende a realizar su proyecto de vida de acuerdo con su dignidad, aunque a veces lo haga por caminos equivocados. Hay personas, corporalmente sanas, que sin embargo, albergan en su corazón deseos y

propósitos egoístas. Desde esta perspectiva ética podemos decir que estas personas tienen una baja calidad de vida.

Por el contrario hay pacientes, que aunque están físicamente muy limitados e incluso aquejados de fuertes dolores, mantienen una excelente calidad de vida, ya que en su corazón reina la paz y la concordia consigo mismo, con sus semejantes y con Dios. Son pacientes que han comprendido que la felicidad personal consiste en amar y ser amados y por lo tanto están capacitados para aceptar la muerte con resignación, con tranquilidad e incluso con alegría.

Sin embargo, a efectos de tratamiento de enfermos, sin embargo, no es conveniente hacer referencia a la calidad ética de vida, ya que supondría emitir juicios subjetivos sobre su conciencia, que fácilmente serían ser arbitrarios y discriminantes. Por esa razón la ciencia médica debe tratar a todos los pacientes por igual, sin hacer diferencias a causa de sus ideas o convicciones religiosas o éticas o incluso de su conducta moral.

Por ello en la práctica el concepto “*calidad de vida*” debe ser utilizado con cautela y aplicado principalmente a la dimensión psíquica del paciente. Cuando éste pierde su capacidad intelectual y volitiva, y en el grado en que esta pérdida sea grave e irreversible, puede hablarse de un descenso en su calidad de vida. Tal es el caso de pacientes en estado vegetativo persistente con escasas probabilidades de recuperación.

Pero, aún en estas situaciones todo paciente mantiene su dignidad humana que le es propia y, por lo tanto, merece ser respetado y atendido de acuerdo a su situación, según los principios que expondremos a continuación.

2.2. Principio de beneficencia

El principio fundamental en la atención correcta al paciente terminal es la actitud de beneficencia o benevolencia, que debe regir la actuación del médico o del equipo hospitalario. Este principio ya fue formulado en el clásico Juramento Hipocrático: “*A cualquier casa que entrare, llegaré por utilidad de los enfermos*” (N. 6) y sigue siendo una guía para los profesionales de la medicina frente a otras motivaciones egoístas de lucro o de fama, que no deben ser prioritarias (Manzanera 1997).

Sin embargo, este principio ha sido mal interpretado por los partidarios de la eutanasia, quienes subrayan exclusivamente la insoportabilidad del dolor del paciente terminal que sólo podría evitarse con la muerte. En consecuencia la persona que le ayuda a suicidarse o le acelera la muerte estaría actuando por motivos laudables de compasión al ruego razonable del paciente. Para convencer sobre la bondad de la eutanasia se muestran casos verdaderamente patéticos de soldados heridos en el campo de batalla, ametrallados y mutilados sin posibilidad de ser atendidos, que en medio de tremendos dolores suplican darles muerte para cortar el dolor insoportable.

Aunque podrían darse casos extremos en circunstancias patéticas, que atenuarían e incluso eximirían de culpa subjetiva a las personas involucradas en la muerte por compasión, podemos afirmar que la eutanasia contradice el principio de beneficencia, más aún ante el avance actual de la medicina paliativa.

En la actualidad la compasión y la solidaridad pueden y deben ejercerse de una manera concorde con la dignidad humana sin acceder a la eutanasia. Muy diverso es el caso de un animal malherido sin perspectivas de curación, donde sacrificarlo puede ser un acto compasivo. Pero no es correcto aplicar la eutanasia al ente humano, que posee una dignidad cualitativamente superior. La verdadera compasión debe ayudar al paciente a superar la situación de dolor y de desesperación. La beneficencia se despliega en tres ámbitos fundamentales: la atención médica, el acompañamiento humano y el acompañamiento espiritual, que vamos a exponer, respectivamente, sobre la base de tres principios, proporcionalidad, humanidad y espiritualidad.

2.2.1. Principio de proporcionalidad

Una de las cuestiones más debatidas con relación a los enfermos terminales se refiere a los tratamientos médicos, tanto quirúrgicos como farmacéuticos, que se les deben facilitar. Una respuesta clásica a esa pregunta se basaba en la distinción entre tratamientos ordinarios y extraordinarios con referencia a la praxis médica convencional, normalmente aplicada en una determinada situación patológica. Complementando esa distinción se indicaba que la obligación ética de facilitar los tratamientos ordinarios y no los extraordinarios.

Hay que tener en cuenta que la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios es cambiante, ya que depende del avance científico en el respectivo contexto cultural. El respirador artificial, cuando fue aplicado por vez primera, era un tratamiento extraordinario, ya que era oneroso y todavía no tenía garantía plena. Sin embargo, al cabo de pocos años ha pasado a ser un tratamiento ordinario, aceptado en la práctica médica normal, aunque en zonas pobres, posiblemente deba ser considerado extraordinario por no estar al alcance de los servicios médicos.

La distinción entre tratamientos ordinarios y extraordinarios sigue siendo útil, pero debe completarse con el **principio de proporcionalidad**, que tiene en cuenta, además, los datos concretos de la situación del paciente. En el caso de los enfermos terminales hay una dificultad mayor de aplicación que en los pacientes normales, ya que el objetivo del tratamiento ya no es recuperar la salud, sino únicamente mejorar o mantener la calidad de vida, admitiendo la proximidad de la muerte. Otra dificultad adicional se refiere al elevado costo de los medicamentos e implementos para enfermos en las unidades de cuidados intensivos.

El principio de proporcionalidad debe aplicarse teniendo en cuenta el entorno familiar y social. No sería aconsejable para la familia del paciente gastar sumas exorbitantes, contrayendo deudas onerosas, simplemente por prolongar la vida del paciente o por intentar la curación con tratamientos todavía en etapa de experimentación.

El discernimiento sobre la proporcionalidad de los tratamientos debe ponderar los beneficios y los perjuicios previsibles, para lo cual es muy conveniente que el paciente o sus familiares sean asesorados por personas competentes, teniendo en cuenta, tanto los datos clínicos, como los socioeconómicos, los humanos y los espirituales, según la finalidad que se pretenda, tal como expondremos a continuación.

a) Tratamientos terapéuticos

Los tratamientos terapéuticos tienen como finalidad la curación del enfermo o al menos el mantenimiento de sus perspectivas de recuperación. . Ya en 1980, la Iglesia Católica proponía el principio de proporcionalidad para valorar en cada caso

los diversos medios según *“el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación”*, comparando todo ello *“con el resultado que se puede esperar, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales”* (Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la eutanasia 1980, Parte IV).

La ética sólo obliga a facilitar los tratamientos donde claramente se beneficie al paciente. Por lo tanto no hay obligación de aplicar tratamientos que sean riesgosos para el enfermo o demasiados onerosos para el paciente o su familia. También es éticamente correcto interrumpir una terapia cuando no produce los resultados esperados o cuando causa molestias y dolores desproporcionados. Para ello debe tenerse en cuenta el justo deseo del paciente y de sus familiares, así como el de médicos competentes (Catecismo de la Iglesia Católica 1992, N. 2278). Bajo esas condiciones la interrupción de un tratamiento no debe ser considerada como eutanasia pasiva, ya que de ninguna manera se persigue la muerte del paciente.

Es recomendable que el enfermo, cuando todavía se encuentra lúcido, redacte un "testamento vital", donde exprese también su voluntad con relación al tratamiento a recibir cuando ya no pueda valerse por sí mismo. Este documento puede ayudar a los familiares a tomar decisiones en caso de incompetencia del paciente.

b) Tratamientos experimentales

Los tratamientos experimentales suelen tener una doble finalidad. Por una parte buscan curar al enfermo, pero por otra parte pretenden tener más datos sobre una investigación en curso, ya que todavía no han sido aprobados por las autoridades sanitarias.

El tema es complejo. Simplemente indicamos aquí que para la utilización éticamente correcta de tratamientos experimentales se necesita siempre el consentimiento libre del paciente o de sus representantes, previa una información exhaustiva sobre el grado de probabilidad de mejoramiento o de empeoramiento de su situación médica, incluyendo los riesgos potenciales y su gravedad.

Aquí también se aplica el principio de proporcionalidad para discernir los pros y los contras de un determinado tratamiento. En este discernimiento el paciente puede también ponderar la posible contribución al avance de la medicina y en consecuencia al beneficio de otros pacientes, como consecuencia de aceptar el tratamiento experimental. No se deben confundir los tratamientos experimentales con los distanásicos, ya que éstos no responden al principio de beneficencia, sino que pretenden prolongar su vida por otro tipo de intereses.

c) Tratamientos paliativos

Los tratamientos paliativos tienen como finalidad aliviar el dolor o el sufrimiento del paciente. Su aplicación es muy importante en el caso de los enfermos en situación terminal, muchas veces aquejados por fuertes dolores. La medicina paliativa constituye hoy un área especializada de la ciencia médica que ha adquirido un gran desarrollo. En la gran mayoría de pacientes el dolor puede ser aliviado o anulado con medicamentos o tratamientos analgésicos. Incluso en casos extremos es posible con una intervención quirúrgica la anulación de los nervios transmisores de las sensaciones de dolor al cerebro.

Según un estudio, efectuado en Tokio por el Dr. Takeda, sobre 200 enfermos de cáncer, un buen tratamiento produjo en el 86% de los casos el alivio completo del dolor, en el 11% un alivio suficiente para poder soportar el dolor y sólo en el 3% un escaso alivio (Catalunya Cristiana, 15.04.1993, 4).

Un problema médico y ético en la utilización en la utilización de determinados medicamentos se plantea cuando se prevén, como efectos colaterales, riesgos graves para la salud o la vida del paciente. Aquí es aplicable el principio de proporcionalidad para evaluar los beneficios previsibles en el alivio del dolor en relación con los posibles perjuicios en la salud del paciente. Ya en 1957, cuando se discutía el uso de la morfina y de otros analgésicos potentes, el Papa Pío XII admitió la licitud de los tratamientos paliativos, incluso cuando se prevé que indirectamente abrevian la vida del paciente, siempre y cuando no haya otros medios disponibles.

Asimismo el Catecismo de la Iglesia Católica expresa su conformidad con los tratamientos paliativos y alienta su desarrollo.

“El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con el riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme con la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable”. “Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados” (CEC 2279).

En ese mismo sentido la Organización Mundial de la Salud en 1990 hizo la siguiente declaración: *“Los cuidados paliativos afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural... Ni aceleran ni posponen la muerte, proporcionan alivio para el dolor y otros síntomas angustiosos, integran los aspectos psicológicos y espirituales de los cuidados, ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan dignamente como sea posible hasta que mueren y un sistema de apoyo a la familia para afrontar la enfermedad y su duelo”.*

d) Sedación terminal

Un problema específico en el tratamiento analgésico se plantea con el uso de neuroinhibidores que dejan al paciente terminal en una situación de inconsciencia profunda e incluso irreversible, denominada *“sedación terminal”*.

La Asociación de Médicos Cristianos de Cataluña (España) se ha declarado favorable a la aplicación de la sedación terminal, siempre que se haga con la intención de aliviar un dolor físico o un sufrimiento psicológico, siendo este alivio inalcanzable con otras medidas y contando con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente.

Asimismo la enseñanza de la Iglesia Católica admite la administración de neuroinhibidores, incluso con el riesgo de abreviar la vida del paciente, siempre que haya razones graves, pero mantiene cierta reserva sobre su uso, advirtiendo sobre la importancia de que el paciente pueda cumplir sus deberes morales y obligaciones familiares y prepararse con plena conciencia al encuentro con Dios. Así se expresa Juan Pablo II:

“Ya Pío XII afirmó que es lícito suprimir el dolor por medio de narcóticos, a pesar de tener como consecuencia limitar la conciencia y abreviar la vida ‘si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello

no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales' (Pío XII, Discurso a un grupo internacional de médicos, 24.feb.1957, III). En efecto, en este caso no se quiere ni se busca la muerte, aunque por motivos razonables se corra este riesgo. Simplemente se pretende mitigar el dolor de manera eficaz, recurriendo a los analgésicos puestos a disposición por la medicina. Sin embargo, 'no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo' (Pío XII, Ibíd.): acercándose a la muerte, los hombres deben estar en condiciones de poder cumplir sus obligaciones morales y familiares y, sobre todo, deben poderse preparar con plena conciencia al encuentro definitivo con Dios" (EV, N. 65).

e) Cuidados mínimos vitales

La dignidad del paciente terminal exige que se le administren los cuidados mínimos que necesita para poder seguir viviendo de manera humana. Entre estos cuidados los más esenciales son la respiración, la alimentación, la hidratación y la higiene, que obviamente deben ser facilitados al paciente según el principio de proporcionalidad.

Si el paciente se encuentra en un estado vegetativo persistente o de pérdida de la capacidad intelectual y volitiva con un pronóstico negativo de recuperación, cabe deliberar para ver cuáles cuidados mínimos son proporcionados, teniendo también en cuenta la propia voluntad del enfermo, si previamente la había expresado, así como su situación familiar y social.

Aplicando el principio de proporcionalidad puede llegarse a la conclusión de considerar, por ejemplo, desproporcionada la respiración asistida por medio de oxígeno o la alimentación por vía endovenosa o por sonda nasogástrica. En ese caso la discontinuidad de estos cuidados no debe considerarse como eutanasia pasiva, ya que no se pretende la muerte, sino que se respeta la terminación natural de la vida. En todo caso las condiciones higiénicas y humanitarias, concordes con la dignidad humana, deben ser mantenidas, mientras no se diagnostique su muerte.

2.2.2. Principio de humanidad

El dolor físico y el sufrimiento psíquico que frecuentemente acompañan a la enfermedad terminal debe motivar al personal médico y paramédico a tratar a los pacientes con particular respeto y dedicación (Castillo 1986). Sin embargo, muchas veces los profesionales médicos, agobiados por el exceso de trabajo, limitan su atención al ámbito estrictamente técnico, sin preocuparse de la dimensión humana del paciente. Esta constatación es pertinente para hacer frente a la deshumanización y comercialización que acecha a la medicina.

Por ello conviene dentro del principio de beneficencia desglosar el principio de humanidad que subraya la importancia de tratar al paciente no sólo como enfermo, en el sentido más usual de debilidad biológica, sino también como persona debilitada en su misma personalidad. Ante el deterioro progresivo del funcionamiento de sus órganos vitales, muchas veces el paciente terminal entra en una fase de angustia que puede llegar a la desesperanza y al desánimo, incluso con manifestaciones de desconfianza y resentimiento.

Hay que ayudar al paciente para que supere esta fase de angustia. Según la reconocida experta Dra. Elisabeth Kübler-Ross, al conocer la irrecuperabilidad de su salud, el paciente, inicia un proceso psicológico con una fase inicial de negación, descrita como "*rabia contra el final de la luz*". Pero, sin embargo, esta etapa no suele ser definitiva, sino que normalmente evoluciona hacia una fase de aceptación, en la que el paciente abandona el mundo de la acción y del hacer y entra en el mundo de la aceptación y del ser (Kübler-Ross 1975, 177).

a) Acompañamiento humano

Para llegar a esa serenidad y paz es importante el acompañamiento humano que pueda crear un ambiente cordial en torno al paciente. Ya el mismo personal sanitario que atiende a los enfermos terminales debe estar capacitado para tratar con dignidad y respeto a los enfermos terminales y de infundirles, en lo posible, alegría y buen humor.

Pero sobre todo son sus familiares y amigos los que deben promover una actitud de humanidad, que ayude al enfermo a

recuperar la confianza en el amor como valor supremo de la vida. El ideal es conseguir que el grupo de profesionales sanitarios junto con los familiares y amigos más cercanos al enfermo formen juntamente con él una unidad o un nosotros asistencial.

Un objetivo prioritario es tranquilizar al enfermo que sufre, ayudándole a identificar las causas de su sufrimiento para poder revertirlo. El paciente terminal puede estar agobiado por problemas personales o familiares. A veces siente la necesidad de cumplir sus deberes morales y obligaciones pendientes. En todo caso hay que evitar que el entorno familiar trate de influenciar indebidamente al paciente en sus últimas decisiones. Para ello puede ayudar el asesoramiento de algún abogado o persona entendida en legislación sucesoria que pueda asesorarle en los problemas jurídicos y en la elaboración del testamento si así lo desea.

Cuando el paciente ha agotado sus expectativas de ser curado, hay que dar prioridad al cuidado humano y espiritual. Para ello es importante el lugar donde va a ser atendido. Desde un punto de vista estrictamente técnico-sanitario, parecería aconsejable la internación en hospitales, dotados de estaciones de cuidados intensivos y de personal preparado para las emergencias médicas.

Sin embargo, en la mayoría de los casos la atención hospitalaria no es la más adecuada para el enfermo terminal. Los reglamentos clínicos, particularmente los horarios de visitas, suelen ser muy estrictos, por lo que durante muchas horas se priva al paciente del calor humano de los suyos. Por otra parte el personal sanitario frecuentemente está agobiado por el ritmo de trabajo y, en ocasiones, la misma rutina le hace perder sensibilidad, por lo que no siempre da al paciente terminal el trato cordial que necesita.

En todo caso es recomendable no prolongar la estancia del paciente terminal en las unidades de cuidados intensivos. No sólo la permanencia en estas unidades es bastante onerosa, sino que, además, el entorno, obligadamente tecnificado, no facilita la recuperación psicológica del paciente.

b) Atención domiciliaria

El mejor entorno específico para el paciente terminal o para el anciano en la última fase de su vida es su propio hogar, si cuenta con un mínimo de comodidad y sobre todo si el entorno familiar es

cordial. Allí se siente en casa, en su hogar, acompañado con sus familiares, amigos y recuerdos más queridos. El cariño de los suyos es fundamental para que recupere, si la ha perdido, la alegría de amar y sentirse amado y para que la sonrisa aflore en sus labios, incluso en los momentos cercanos a la muerte (Vélez Correa 1989).

Hasta hace pocas décadas era normal que los enfermos muriesen en sus casas, rodeados de sus familiares y amigos. Sin embargo, hay que reconocer que en los tiempos actuales muchas veces la atención domiciliaria se hace especialmente difícil. Una primera dificultad suele ser la falta de capacitación de los familiares para poder atender al enfermo. Este problema, sin embargo, no es del todo insoluble. Se puede y se debe promover esa capacitación mediante cursillos de servicios sanitarios básicos, para aprender a cuidar al enfermo, por ejemplo cambiarle, alimentarle, medir la temperatura, el pulso y la presión arterial, poner inyecciones subcutáneas o intramusculares, darle los medicamentos según las prescripciones médicas y reportar las novedades que merezcan atención más especializada.

Sobre todo hay que modificar la mentalidad de que los enfermos terminales sólo son cargas pesadas para la familia. Ciertamente obligan a una atención especial, que en determinadas circunstancias puede ser muy gravosa para la familia. Sin embargo, también en muchos casos pueden contribuir a fortalecer la unidad de la familia y a fomentar valores tales como la paciencia, la servicialidad, la amabilidad, la bondad y el amor desinteresado. Cuidar con cariño un enfermo ayuda a comprender que el amor es el valor fundamental de la vida. Tanto los ancianos o enfermos terminales como sus cuidadores pueden realizarse, amando y sintiéndose amados.

La atención domiciliaria debe ser completada con las visitas regulares del personal médico. Aquí hay que tener en cuenta que muchas veces los enfermos terminales o los ancianos se sienten asustados frente a profesionales desconocidos. Por ello es importante revalorizar la figura del médico de familia, al que sería conveniente facilitarle una formación complementaria en geriatría.

Entre las iniciativas para favorecer la atención domiciliaria cabe mencionar a la "*Associazione Nazionale Tumori*" (ANT) en Italia. Esta organización no lucrativa y de utilidad social ha creado

21 hospitales domiciliarios “virtuales” con la colaboración de 145 médicos, 48 enfermeras y 38 trabajadores para atender a enfermos con cáncer en fase avanzada. La finalidad de la asociación es luchar contra la eutanasia como muerte anticipada, facilitando fármacos antitumorales y tratamientos paliativos, todo ello de manera gratuita. En caso necesario un equipo médico se traslada a la casa del paciente terminal y le atiende, manteniendo informado al médico de familia.

En conclusión la atención domiciliaria merece ser promovida, no sólo por razones humanitarias, sino también económicas, ya que descarga a los presupuestos sanitarios del Estado y de las entidades aseguradoras. Los gastos de la atención médica domiciliaria son mucho más bajos que la atención hospitalaria, cuya capacidad es, además, limitada. De cara al futuro, donde se prevé un aumento considerable de personas ancianas, es recomendable que el Estado adopte políticas para favorecer la atención domiciliaria, otorgando, por ejemplo, ayudas fiscales a los familiares para que puedan disponer de mayor tiempo para cuidar a los enfermos o ancianos en sus casas.

c) Atención en hospicios

A pesar de las ventajas de la atención domiciliaria, no es fácil superar las dificultades actuales de la misma estructura familiar. Frente a los modelos tradicionales de familias extensivas, hoy en día muchas familias se han reducido a los padres e hijos que viven en domicilios pequeños sin la amplitud suficiente para una atención adecuada a enfermos terminales. A esto se añade el hecho de que los padres pasan gran parte del día fuera de casa en sus ocupaciones laborales a veces a distancias considerables.

Ante esas dificultades, a veces insalvables, se ha replanteado la atención hospitalaria, pero ya no en los hospitales o clínicas normales, sino en establecimientos especializados para enfermos terminales, conocidos como hospicios (“*hospices*” en lengua inglesa), diseñados para atender a los pacientes de una manera más cercana y familiar, sin descuidar los tratamientos médicos. El personal sanitario está específicamente entrenado y seleccionado, contando, además de los conocimientos técnicos, con grandes dosis de humanismo, paciencia, comprensión y amabilidad. El enfermo

dispone de mayores espacios, donde puede pernoctar algún familiar sin someterse a horarios estrictos de visitas.

También se han propuesto como alternativas de atención al paciente terminal las unidades de cuidados paliativos, anexas al hospital. Son estructuras más amplias, diseñadas para la mejor atención a estos enfermos con el acompañamiento de los familiares. En Barcelona, España, ya funcionan algunas unidades, donde los enfermos reciben una atención humana y personalizada por parte de médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocasionales, asistentes espirituales y religiosos, muchos de ellos voluntarios, motivados por una vocación de servicio.

Todo el personal trabaja como equipo, intercambiando informaciones y propuestas desde diferentes especialidades para unificar criterios de actuación. Además de los conocimientos profesionales propios según su nivel, poseen una sensibilidad especial y una empatía hacia los enfermos terminales (Catalunya Cristiana, 26.09.2002).

2.2.3. Principio de espiritualidad

Presentamos el principio de espiritualidad, muy relacionado al de humanidad, dentro del principio de beneficencia. Hasta ahora la espiritualidad, que a efectos prácticos podemos denominar también religiosidad, no ha sido tenida en cuenta suficientemente en la bioética. Cuando ésta surgió en Estados Unidos, al inicio de la década de 1970, los bioeticistas consideraron que era conveniente adoptar una cierta neutralidad religiosa para respetar la libertad religiosa y la pluralidad de creencias y convicciones religiosas de cada persona.

La neutralidad religiosa permite dialogar en los comités de bioética entre personas creyentes de diversos credos y también con otras no creyentes. Sin embargo, corre el riesgo de negar la dimensión religiosa del enfermo. Esta negación contradice la experiencia cotidiana de los pacientes, para muchos de los cuales la religiosidad tiene una especial relevancia. De manera especial el paciente terminal y el anciano de edad avanzada, al experimentar el progresivo desmoronamiento del substrato corpóreo de su personalidad, no raras veces siente la necesidad de ponerse a bien con Dios, de revisar su vida y de prepararse a bien morir.

En las largas horas de soledad y de insomnio el paciente adquiere mayor lucidez sobre la trayectoria de su vida, presintiendo el encuentro definitivo con Dios. De manera casi espontánea recuerda la vida pesada y comprenden mejor los aciertos y los errores, desvelando falsas ilusiones. Muchas veces reaparecen las creencias y las vivencias religiosas de etapas anteriores. Particularmente los últimos momentos de la vida son muy propicios para el agradecimiento y el arrepentimiento, para pedir y para otorgar perdón, buscando la reconciliación a través de gestos de concordia o de documentos contractuales o testamentarios.

Para ello es importante que el personal sanitario y las personas que acompañan al paciente estén dotadas de una profunda sensibilidad religiosa para captar los anhelos del enfermo terminal y atender sus ruegos, personalmente o a través de una persona más preparada.

Para los acompañantes del enfermo la dimensión religiosa puede ser, además, una ocasión de profundización en su propia vida espiritual y particularmente en la caridad. La experiencia de la atención al enfermo suele ser una prueba de la autenticidad del amor hacia él. Dedicar tiempo y recursos a atender a pacientes es exigente, pero puede ser también una fuente de consuelo para los familiares y amigos del paciente terminal, al saber que le han acompañado, ayudándole a superar el dolor y la angustia y animándole hasta los últimos momentos de su vida.

a) Vida espiritual y salud

La dimensión espiritual se ha revalorizado en los últimos años por los resultados de algunas investigaciones científicas que han puesto de manifiesto la relación profunda existente entre la espiritualidad y la salud. Mencionamos algunos estudios sorprendentes.

El Instituto Nacional de Salud en Estados Unidos en una amplia investigación sintetizó los resultados de 42 estudios realizados sobre un total de unas 126.000 personas. Las conclusiones generales, presentadas por el psicólogo Dr. Michael McCullough, muestran la importancia de la actividad religiosa pública en relación con la salud. Las personas que asisten regularmente al culto tienen una vida más larga. Esto se explica porque la fe religiosa y la espiritualidad fortalecen una mayor

resistencia frente a las presiones de la vida y al mismo tiempo proporcionan una orientación más positiva en el ámbito psicológico con menos preocupaciones mentales (Sunday Times 4.06.2000).

Uno de los estudios analizó a 21.000 personas, descubriendo que las que nunca fueron a una iglesia, sinagoga o templo tenían casi el doble riesgo de morir durante los siguientes nueve años, en comparación con las personas que participaban una vez a la semana en un acto religioso público.

Otro estudio, realizado en la Universidad de Texas, confirmó que, después de las intervenciones quirúrgicas cardíacas, la supervivencia del paciente a largo plazo dependía en gran parte de la religiosidad. Los pacientes creyentes sufrían menos ansiedad ante la posibilidad de la muerte que los no creyentes. En el estudio se observaba que la esperanza ayudaba a las personas religiosas en medio de sus problemas en esta vida y, además, eran sostenidas por la convicción de que las injusticias de esta vida serán remediadas por Dios.

En opinión del Dr. McCullough los efectos de la religión sobre la salud y la mortalidad son tan importantes como otros factores, por ejemplo el nivel social y económico, a los que hasta ahora se les ha dedicado mayor atención.

En la **Universidad de Toronto, Canadá**, el Dr. Chandrakant Shah, profesor de salud pública, realizó otra investigación sobre los datos del informe nacional sobre la salud del año 1994-95, en el que fallecieron 211.386 personas, para ver su relación con la vida espiritual, que analizó a través de tres factores: la participación en actos de culto religioso, la ausencia de comportamientos adictivos dañinos al alcohol, al tabaco, a la droga y a la promiscuidad sexual, y la acción social filantrópica. El Dr. Shah llegó a la conclusión de que la quinta parte de los fallecidos, unos 43.000 muertos, podría atribuirse a un bajo nivel de vida espiritual (Globe and Mail, 18.09.00).

Los argumentos manejados por el Dr. Shah tienen cierto poder de convicción. La vida espiritual otorga a las personas un sentido y una meta para sus vidas. Al sentirse conectados con un poder espiritual y al dejar guiarse por él, aumenta la paz interior y disminuyen los niveles de tensión y el deseo de comportamientos adictivos dañinos. Además, las personas espirituales suelen ser

más caritativas, perdonan a los demás y desarrollan una vida social más rica. En la opinión del Dr. Shah, si un 6% de los canadienses participase en actos de culto, el número de muertos podría disminuir en un cinco mil. Mientras que si fuese el 80%, se podría reducir el número de muertos en 23.000.

b) Influencia de la oración

Pero no sólo la vida espiritual personal es beneficiosa para el paciente, sino también la oración de otras personas. Algunos estudios muestran que cuando el enfermo está apoyado espiritualmente por un grupo de oración soporta mejor las dolencias e incluso se recupera más fácilmente de su enfermedad.

En octubre de 1999 se publicó una investigación llevada a cabo en el Hospital Saint Luke's en Kansas City (Missouri, EUA). Durante 12 meses se registró la evolución de 990 pacientes ingresados en la unidad coronaria para una atención de más de 24 horas. Los pacientes fueron divididos al azar en dos grupos, el primero de 524 y el segundo de 466. Este último grupo fue encomendado a las oraciones de 75 voluntarios, divididos en 15 grupos que oraban cuatro veces al día durante un total de 28 días.

El experimento se hizo sin que los pacientes supiesen que había personas voluntarias que rezaban por ellos y sin que los voluntarios conociesen a los pacientes por los que rezaban. Al término del estudio se comprobó que el grupo de pacientes encomendados tuvo menor necesidad de intervenciones médicas que el otro grupo. Según el capellán del hospital, Jerry Kolb, *“después de este estudio creemos que la oración da resultados. Pero por qué da, no lo sabemos. Hay que dejar eso en manos de Dios”*. Este experimento produjo un intenso debate entre científicos, muchos de los cuales no eran creyentes (Archives of Intern Medicine, American Medical Association, 09.1999, 159: 2273-2278).

Estos resultados positivos, aunque sin tener fuerza probatoria irrefutable, apuntan a la relación positiva entre la salud y la vida espiritual y la oración, a las que no se les daba mayor importancia ni en la medicina, ni en la reflexión bioética. Con ello se abre también una nueva etapa en la que se incluya el principio de espiritualidad en la bioética e incluso se busque una visión

antropológica más profunda, donde esté presente la dimensión espiritual, tradicionalmente llamada alma.

2.3. Principio de no-maleficencia

La no-maleficencia establece que la primera obligación respecto del paciente es “*no hacer ningún daño*” (“*Primum nil nocere*”). Este principio en realidad es un desglose del principio de beneficencia, aunque es más vinculante que éste último y goza además de mayor aceptación universal (Manzanera 1997, 21).

El Juramento Hipocrático a este principio, prohibiendo quitar la vida al paciente, aunque éste lo pida, y rechazando el aborto: “*No me dejaré llevar por ninguna súplica que me convenza para suministrar a nadie ninguna droga letal, como tampoco le aconsejaré. De igual manera no colocaré a ninguna mujer un pesario destructor del feto, sino que conservaré religiosa e intachablemente mi vida y profesión*” (N. 4).

En relación con los enfermos terminales se han dado casos de malos tratos por parte de personas encargadas de su cuidado, aprovechando la situación de indefensión en que se encuentran, llegando incluso a quitarles la vida, considerándoles como seres insoportables e indignos de vivir. Estas conductas de maleficencia deben ser totalmente rechazadas y estar jurídicamente sancionadas por leyes penales.

2.4. Principio de autonomía

El principio de autonomía subraya el respeto que merece el paciente en su libertad en todo lo referente a su salud. El fundamento de este principio es precisamente la dignidad de todo hombre, por ser inteligente y, por lo tanto, capaz de tomar decisiones entre varias alternativas y elegir la que considere mejor en orden a su proyecto de vida. Todos los hombres deben ser respetados en su libertad, siempre y cuando no lesionen la legítima autonomía de otras personas y el bien común de la sociedad. (Gafó 1993).

2.4.1. Consentimiento libre e informado

En tiempos pasados era frecuente no comunicar la gravedad de la enfermedad al paciente terminal. Existía una cierta “*conspiración del silencio*”, motivada por un sentimiento de piedad. Sin embargo, hoy en día, se ve con mayor claridad que incluso en estos casos no se puede privar al paciente de su derecho a la información, incluyendo la privacidad que él desee, y su derecho de elección.

El derecho al consentimiento libre e informado del paciente está hoy firmemente subrayado. Un primer paso histórico en la afirmación de este derecho se dio en EUA con la aprobación en 1973 de la Carta de los Derechos de los Enfermos en los Hospitales, reconociendo expresamente el derecho al consentimiento libre e informado.

El consentimiento libre e informado se ha ido aceptando y adaptando en diversos países del mundo: Gran Bretaña. Alemania, Suecia, Dinamarca, Holanda, Canadá. En América Latina cabe mencionar “*Los derechos del Enfermo*”, publicados a raíz del Primer Simposio Nacional, organizado en Santafé de Bogotá en noviembre de 1989 por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Entre los diez derechos figura el derecho a la información y a la decisión y el derecho a la privacidad:

“Toda persona enferma debe ejercer sin restricciones, por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen social posición económica o condición social:

(...) Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y al pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él o sus familiares o apoderados, en caso de inconsciencia o minoría de edad, consientan o rechacen estos procedimientos dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.”

(...) Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos”

El reconocimiento de la autonomía del paciente responde a un cambio cultural profundo que tiene sus raíces en las declaraciones de los derechos humanos. El paciente deja de ser el objeto al que el médico atiende según su competencia, y pasa a ser el sujeto que se hace cargo de su enfermedad con la colaboración del médico.

Para que el paciente pueda ejercitar el consentimiento informado y libre es preciso que conozca previamente sus derechos y el modo de defenderlos en caso de transgresión. Además, necesita suficiente información sobre su estado clínico, más aún si se trata de un diagnóstico de enfermedad incurable y de un pronóstico de muerte próxima.

Este derecho es fundamental y por lo tanto no puede ser ignorado o conculcado de manera arbitraria. El personal médico tiene obligación de comunicar al paciente su situación clínica, tanto el diagnóstico como el pronóstico, de una manera adecuada a su estado psicológico. Si hay razones justificativas puede suspenderse temporalmente el ejercicio de ese derecho, pero sólo mientras duren las circunstancias que aconsejen su aplazamiento.

El derecho del paciente incluye el derecho a decidir sobre los posibles tratamientos terapéuticos o analgésicos a aplicarse. Ninguna persona debe ser obligada a someterse a un tratamiento, ni mucho menos ser engañada sobre el tratamiento que está recibiendo. Si el paciente tiene competencia para decidir, hay que respetar su decisión.

El derecho a ser informado y a ser consultado se hace más exigente en los momentos cercanos a la muerte, ya que el paciente puede desear arreglar problemas pendientes y ponerse a bien con sus prójimos y con Dios.

2.4.2. Dificultades prácticas

Sin embargo, no siempre se debe respetar el derecho del paciente a la información. Hay ocasiones, por ejemplo, en las que comunicar al paciente terminal puede agravar su sufrimiento y, consecuentemente, su enfermedad, al caer en un pánico depresivo.

A veces los familiares conocen la gravedad de la enfermedad y no quieren que lo sepa el paciente. Por el contrario, puede suceder que el paciente sabe la gravedad de su enfermedad, pero no quiere que se informe a sus familiares.

Por ello al comunicar la gravedad de una enfermedad al paciente, hay que prever sus resultados previsibles. Por lo tanto el médico responsable debe evaluar cuidadosamente el impacto de la noticia y obrar en consecuencia. En los casos delicados hay que prever quién va a ser la persona más indicada para hacerlo y como lo va a hacer. Puede ser conveniente recurrir a la ayuda de un familiar, de un asesor espiritual o de un psicólogo. A veces es recomendable hacer las comunicaciones simultáneamente al paciente y al grupo familiar, para evitar problemas de comunicación.

En ocasiones puede ser conveniente iniciar un tratamiento psicológico para prepararle y ponerle en condiciones de aceptación de su situación. En la práctica se plantean casos complejos que hay que resolver de acuerdo a la virtud de la prudencia.

Problemas especiales se plantean cuando el paciente insiste en rechazar un tratamiento que según el médico sería necesario. Los Testigos de Jehová se niegan a recibir transfusiones de sangre. Normalmente el médico debe el enfermo si éste es competente y ha expresado claramente su voluntad. Si el médico considera que la actitud del paciente no es razonable, puede negarse a atenderlo por objeción de conciencia.

2.4.3. Pacientes incompetentes

Sucede con cierta frecuencia que el paciente terminal no está en condiciones de ejercer el derecho a la información y decisión, por razones de imposibilidad física o moral. Ta es el caso de los menores de edad, los discapacitados, los pacientes inconscientes o semiconscientes, los encarcelados. En estos casos hay que conocer las normas jurídicas vigentes para determinar quiénes son legítimos representantes.

También se plantean situaciones especiales cuando no es posible aplicar el principio de autonomía por razones culturales. En muchas familias sigue teniendo vigencia el modelo tradicional según el cual el médico de cabecera tiene autoridad moral y goza de

plena confianza en la familia. En consecuencia es él quien toma las decisiones más adecuadas.

Hoy en día esta situación está cambiando. Los médicos familiares han sido sustituidos por especialistas, que apenas si conocen a sus pacientes más allá de la relación estrictamente profesional.

En países en vías de desarrollo y en zonas populares o rurales se da el fenómeno de falta de instrucción escolar. Los pacientes no están capacitados para entender las explicaciones del médico. El problema se acentúa cuando se trata de indígenas que hablan sus propias lenguas vernáculas, en ocasiones desconocidas para el médico.

En todos estos casos el médico debe esforzarse en comunicarse con el paciente, tratando de explicarle su situación y la propuesta de tratamiento más adecuado. Puede hacerlo con la ayuda de personal auxiliar, que faciliten explicaciones más sencillas, aunque no sean tan exactas.

En todos estos casos puede ser razonable dar prioridad al principio de beneficencia. No obstante, es importante proteger al paciente sobre la posible negligencia médica, evitando que haya abusos en la relación. Para ello es conveniente facilitar al paciente el acceso a personas u organizaciones de su propia cultura, donde pueda ser asesorado y defendido frente a eventuales abusos.

En la actualidad hay una conciencia extendida sobre la necesidad de sancionar la negligencia médica que puede llegar incluso a la figura delictiva del "*homicidio culposo*". Si bien no existe la intencionalidad de causar la muerte, este delito debe ser sancionado según sus circunstancias concretas, teniendo en cuenta su especificidad médica.

2.4.4. Situaciones de urgencia

En el tratamiento de enfermos con cierta frecuencia se presentan emergencias, donde no es posible informar al paciente o a sus representantes y esperar su decisión. Puede producirse, por ejemplo, una hemorragia grave en el mismo quirófano, donde los minutos cuentan para mantener con vida al paciente. El cirujano debe actuar sin pérdida de tiempo.

Dada la tendencia creciente a entablar procesos contra la mala praxis médica, en los centros hospitalarios se deben prever, a través de protocolos médicos, los procedimientos a seguir en las situaciones de emergencias. De esa manera pueden evitarse decisiones equivocadas, susceptibles de ser calificadas como negligencia culposa.

También es muy conveniente constituir el "comité de ética", compuesto por médicos, psicólogos, juristas y especialistas en bioética, que ayude a tomar decisiones correctas en casos difíciles y a clarificar responsabilidades y evitar procesos judiciales onerosos, facilitado acuerdos justos entre las partes en conflicto.

2.4.5. Testamento vital

Para prever problemas de decisión en las situaciones terminales es muy útil que el paciente, cuando todavía está en uso normal de sus facultades, redacte el "*testamento vital*" (en inglés: "*Life Will*"), donde exprese su voluntad en el caso de ser incompetente.

Desde la perspectiva ética es recomendable que la persona indique su voluntad de no ser sometida a tratamientos desproporcionados o extraordinarios ("*distanasia*"), ni tampoco de no ser provocada su muerte ("*eutanasia*"), sino que desea únicamente recibir los tratamientos proporcionados. También es loable que en el caso de muerte autorice la extracción de órganos o tejidos para el trasplante.

La voluntad del paciente debe ser respetada por sus representantes legítimos según las normas jurídicas vigentes. El testamento vital libera a los responsables de la carga psicológica de tomar decisiones difíciles sin conocer la voluntad del paciente. Obviamente, si en el testamento vital se incluyeran cláusulas antiéticas, por ejemplo, de aplicar la eutanasia, los representantes no están obligados a cumplirlas.

2.4.6. Autonomía del personal sanitario

Aunque el principio de autonomía se centra más en la libertad del paciente, se debe también desarrollarlo y aplicarlo también con relación al personal sanitario.

Puede haber situaciones en que los médicos o el personal auxiliar no estén de acuerdo con los tratamientos prescritos por otras personas. De modo particular se presentan este desacuerdo se pone de manifiesto en los casos de eutanasia y distanasia.

Juan Pablo II en su Encíclica Evangelio de la Vida se refiere a la objeción de conciencia como derecho de toda persona frente a una imposición indebida:

“Los cristianos, como todos los hombres de buena voluntad, están llamados, por un grave deber de conciencia, a no prestar su colaboración formal a aquellas prácticas que, aún permitidas por la legislación civil, se oponen a la Ley de Dios. En efecto, desde el punto de vista moral, nunca es lícito cooperar formalmente en el mal.” (EV 74).

El derecho a no colaborar en acciones, consideradas injustas, es un derecho esencial que, en consecuencia, debe estar reconocido y garantizado en la legislación civil.

En Bolivia, la Constitución Política del Estado establece:

“Nadie podrá ser obligado a prestar trabajos personales sin su pleno consentimiento y justa retribución” (Art. 5). *“Nadie será obligado a hacer lo que la Constitución y las leyes no manden, ni a privarse de lo que ellas no prohíban”* (Art. 32).

Estos artículos pueden servir de garantía legal al personal sanitario para ejercer la objeción de conciencia.

2.5. Principio de justicia

La justicia es la virtud de dar a cada uno lo que es suyo (*“ius suum cuique tribuere”*). Sin embargo, en la actualidad hay diversidad de interpretaciones. En los países anglosajones suele entenderse como el respeto a la igualdad de todos los ciudadanos ante la ley, evitando discriminaciones arbitrarias e insistiendo en que algún nivel de los servicios de salud debe ser facilitado a todos (Manzanera 1997, 23-25).

Si bien esa interpretación trata de asegurar la igualdad legal, sin embargo, implica una discriminación injusta, ya que no tiene en cuenta la escandalosa desigualdad social real. La justicia se opone a la escandalosa desigualdad entre personas y clases sociales. Hay personas adineradas que pueden permitirse gastar cantidades

enormes en el cuidado de la salud propia e incluso en el de sus mascotas animales. Como contraste, millones de enfermos mueren anualmente sin tener acceso a una atención médica primaria por no tener recursos económicos.

Por ello en la bioética latinoamericana se subraya la unión entre la justicia y la solidaridad o en términos filosóficos la nostridad. El principio de justicia debe ser complementado con el de solidaridad que obliga a una mayor igualdad en el tratamiento médico para todas las personas, no sólo dentro de un país, sino también en el ámbito mundial. Aunque puede parecer demasiado utópico, la igualdad fundamental de todos los hombres está adquiriendo un peso cada vez mayor en la conciencia social universal.

La necesidad de aplicar el principio de justicia completado con la solidaridad universal se ha hecho más patente con el actual proceso de globalización. Aunque todavía las desigualdades subsisten, comienzan a diseñarse mecanismos equitativos que permitan una mejor atención a los enfermos de los países más desfavorecidos. Así por ejemplo la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible, celebrada en Johannesburgo del 24. Agosto al 4 de Septiembre del 2002, resolvió poner 1,5 mil millones de dólares a disposición de los países pobres, particularmente de África, continente fuertemente golpeado por los fenómenos climatológicos, los conflictos bélicos y las epidemias, incluyendo el terrible flagelo del sida.

3. POSICIONES INCORRECTAS

Una vez presentada la ortotanasia como la bioética de la muerte natural digna, particularmente en relación con los enfermos en situación terminal, examinaremos algunas posiciones que consideramos incorrectas, haciendo ver sus falencias.

3.1. Distanasia

Este neologismo de raíz griega, que literalmente significa “*muerte distorsionada*”, designa a la acción médica que tiene la finalidad de prolongar la vida de un paciente terminal por medio de tratamientos desproporcionados que no benefician al paciente. Vulgarmente se conoce con el nombre de “*encarnizamiento o ensañamiento terapéutico*”, aunque sería conveniente no utilizar el adjetivo “*terapéutico*” que indica curación, sustituyéndolo el de “*clínico*”.

Se conocen casos de postergación de la muerte de un líder social por razones políticas, tal como según parece sucedió con el General Francisco Franco en España, el Mariscal Joseph Broz Tito en Yugoslavia y el Emperador Hiro Hito en Japón.

Prácticas cercanas al enseñamiento clínico se practican también en algunos establecimientos hospitalarios poco escrupulosos. Con cierta facilidad acceden a los ruegos de los familiares del paciente, quienes, en su desesperación ante la inminencia de la muerte del ser querido, exigen que se le mantenga en vida a cualquier precio.

La distanasia se opone al principio de benevolencia, ya que no tiene como finalidad principal mejorar la situación del enfermo o aliviarle el dolor. Esta falta ética se agrava si se recurre al engaño, ocultando motivaciones de lucro o de experimentación, llegando incluso a falsear los historiales clínicos para evitar denuncias por la mala praxis.

Es preciso que los ordenamientos jurídicos penales tipifiquen la distanasia como un delito grave de fraude en la profesión médica y se sancione drásticamente a sus autores, incluyendo la privación del ejercicio profesional.

3.2. Cacotanasia

El neologismo “*cacotanasia*”, cuya etimología griega literalmente significa “mala muerte”, designa a la muerte causada por una acción u omisión realizada con la finalidad de quitar la vida un paciente, sin que éste haya expresado su deseo de morir.

A diferencia de la eutanasia, donde hay una petición del paciente, la persona que realiza la cacotanasia lo hace por iniciativa propia. Aunque a veces está presente una motivación de compasión falsamente entendida, los asesinos suelen ser personas psicópatas que desprecian y odian a los pacientes terminales, considerados como molestos o indignos de seguir viviendo. También puede haber motivaciones de lucro en relación con disposiciones testamentarias.

En tiempos recientes la cacotanasia se ha practicado masivamente por motivaciones xenófobas. El nacionalsocialismo hitleriano, alimentado por el antisemitismo, ejecutó directamente o por medio de experimentaciones letales a un gran número de enfermos incurables e incluso de prisioneros sanos.

La cacotanasia es un crimen abominable. Conculca frontalmente los principios de dignidad humana, de no-maleficencia y de autonomía. Es un delito mucho más grave que la eutanasia, ya que en esta última hay una petición explícita del paciente terminal, mientras que en la cacotanasia se viola directamente y muchas veces con premeditación el derecho a la vida. La excusa de haber interpretado la presunta voluntad de querer morir es totalmente arbitraria.

La cacotanasia constituye un delito cualificado de asesinato con las circunstancias agravantes de ser realizado, normalmente con premeditación, por una persona que tiene la responsabilidad de cuidar al paciente. Por ello debe estar sancionada con las penas máximas por las legislaciones nacionales. Los genocidios colectivos deben ser sancionados como crímenes contra la humanidad.

3.3. Cacotanasia social pasiva

En los países en vías de desarrollo hay una forma frecuente de muerte injusta, que, sin embargo, pasa desapercibida. Nos referimos al fenómeno de muchas personas de clases pobres, particularmente niños y ancianos, que fallecen por no tener acceso

a una mínima atención sanitaria que en otros países más desarrollados es fácilmente asequible.

Denominamos a este fenómeno “*cacotanasia social pasiva*”, ya que afecta a muchas personas que desean vivir a las que la sociedad priva de ese derecho. Es pasiva porque no hay una acción homicida deliberada, sino una omisión culpable, de la que es responsable la sociedad en su conjunto y de manera particular las autoridades.

Como resultado trágico de la situación de pobreza y de miseria incontables personas mueren contra su voluntad. Decimos incontables no simplemente como un adjetivo retórico, sino por la imposibilidad real de saber estadísticamente cuántas son ya que raras veces estas muertes aparecen en los medios de comunicación. La cacotanasia se ensaña en poblaciones enteras, ante la indiferencia de los ciudadanos y de la comunidad internacional.

Los países más golpeados por este fenómeno corresponden al África Subsahariana y en Asia meridional, pero también se encuentran en América Latina. Especialmente es muy alta la mortalidad y la morbilidad en la niñez, debida a la desnutrición, a las enfermedades diarreicas agudas causadas por el parasitismo y el deficiente saneamiento ambiental, a las enfermedades respiratorias agudas y desnutrición, así como a incidentes relacionados con embarazo, parto y puerperio.

En el extremo final de la vida son también vulnerables a la cacotanasia las personas ancianas, a las que se suman muchos pacientes crónicos con tuberculosis, mal de chagas, alcoholismo, insuficiencia renal etc. Estas personas están prácticamente condenadas a muerte ante la indiferencia de la sociedad. Para hacer frente a la cacotanasia social pasiva hace falta toda una serie de reformas tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

La cacotanasia social pasiva vulnera el principio de justicia en el ámbito nacional y en el internacional. Por ello es urgente enfrentarlo con propuestas que favorezcan a las clases populares especialmente en los países del tercer mundo.

a) Ampliación de la cobertura de la seguridad social

Todos los países deben esforzarse por ampliar las tasas de cobertura de la seguridad social hasta incluir la totalidad de la población. Para ello hay que formular los presupuestos, dando prioridad a la salud y a la educación, por encima de otros gastos superfluos o menos necesarios, combatiendo también la corrupción, para evitar el fraude y el desvío de los recursos, destinados a la salud.

b) Incremento de la ayuda a los países en desarrollo

En el ámbito internacional la mayoría de los países más desarrollados no contribuyen con el aporte convencional del 0.7% del PIB (Producto Interno Bruto), establecido como norma de referencia en la comunidad internacional.

c) Condonación de la deuda externa

En los últimos años ha crecido la conciencia social de la injusticia de la deuda externa que grava a los países del tercer mundo, cuando éstos se ven obligados a restringir los rubros sociales de salud y educación en sus presupuestos nacionales.

Se han promovido campañas exitosas para la condonación de la deuda externa a favor de los países altamente endeudados, incapaces de cancelar el servicio de la deuda y su amortización. En algunos casos se ha condicionado la condonación a la atención a los sectores sociales más desfavorecidos. Para efectivizar esa condición que favorece a las clases marginadas, es preciso poner en marcha mecanismos de control social.

d) Fabricación de medicinas genéricas

En los países en desarrollo gran parte de la población carece de medios económicos para acceder a los medicamentos patentados, fabricados por las empresas farmacéuticas internacionales. Este problema se ha planteado en los foros internacionales y se han comenzado a dar pasos significativos en la regulación de las patentes para los países más desfavorecidos.

En el Encuentro de Organización Mundial de Comercio (Doha, Qatar, noviembre 2001) se llegó al acuerdo de flexibilizar las leyes sobre patentes. Los países del tercer mundo podrán fabricar medicamentos genéricos sin tener que pagar los derechos de patente.

Este acuerdo, sin embargo, favorece más a los países en vías de desarrollo con capacidad de montar industrias farmacéuticas competitivas, tales como Brasil o la India. Por ello hay que plantear también la posibilidad de que otros países puedan importar medicinas de aquellos países donde sean producidas sin tener que pagar el derecho de patente (Financial Times, 15. 11. 2001).

3.4. Eutanasia

El término eutanasia, cuya etimología significa “*buena muerte*”, significa en la actualidad la muerte sin dolor de los enfermos que la solicitan. En la historia de la humanidad la eutanasia se refería a la muerte voluntaria de aquellas personas que ante una condena injusta a morir prefirieron suicidarse. El filósofo griego Sócrates (469-399 a. C.), acusado de despreciar la religión y de corromper a la juventud, se suicidó bebiendo la cicuta. Igualmente el estoico español Lucio Anneo Séneca (1-65), al ser condenado por el cruel emperador Nerón, se quitó la vida, abriéndose las venas en una bañera.

A partir del Renacimiento la eutanasia se incluye en el estudio de la medicina en referencia a los enfermos o heridos incurables, aquejados de fuertes dolores imposibles de ser aliviados. El filósofo británico Francis Bacon en 1523 invitó a los médicos a que practiquen las habilidades de “*cómo puede el moribundo dejar la vida más fácil y silenciosamente*” (Gracia 1990, 23).

a) Tipos de eutanasia

La eutanasia se vincula a la voluntad de un paciente de quitarse la vida para liberarse de un sufrimiento considerado insoportable. La acción u omisión que causa la eutanasia puede tipificarse en tres figuras. El “*suicidio eutanásico*” es la acción u omisión por la que el mismo paciente se quita la vida. El “*suicidio eutanásico asistido*” se produce con la ayuda de otra persona. Por

último el “*homicidio eutanásico*”, impropriamente llamado piadoso, consiste en la acción u omisión homicida de una persona frente a otra que ha solicitado ayuda. Este caso es el más frecuente.

En cuanto al modo de realizarse cabe distinguir entre la “*eutanasia activa*”, o sea la realizada mediante una acción, por ejemplo inyectar una sustancia letal, y la “*eutanasia pasiva*”, que se produce mediante una omisión, por ejemplo, de no facilitarle o retirarle al paciente el tratamiento necesario para seguir viviendo.

También a veces se distingue entre “*eutanasia directa*” y “*eutanasia indirecta*”. En la primera hay una intención deliberada de causar la muerte al paciente, mientras que en la segunda la intención no es causar la muerte, sino aliviar el dolor del paciente, aunque, como efecto secundario o indirecto, se prevé la aceleración de la muerte. Sin embargo, no es conveniente utilizar esta distinción, ya que induce a confusión. La claridad del lenguaje aconseja hablar de la eutanasia en referencia unívoca a la intención deliberada de causar la muerte del paciente (Schooyans 1995).

A veces en los documentos de la Iglesia Católica a veces se ha utilizado el término “*eutanasia directa*” (Conferencia Episcopal Española, 100 preguntas sobre la eutanasia 1993; Catecismo de la Iglesia Católica N. 2277), dando con ello a entender que cabría hablar de “*eutanasia indirecta*”, donde la muerte sobreviene sin haberla pretendido. Sin embargo, Juan Pablo II en la Encíclica “Evangelio de la Vida” no utiliza ese término y define unívocamente la “*eutanasia en sentido verdadero y propio*” como “*una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte con el fin de eliminar cualquier dolor*” (EV 65).

b) Posiciones éticas

En las últimas décadas el debate sobre la eutanasia ha adquirido grandes dimensiones. Han surgido asociaciones que periódicamente organizan campañas públicas a favor de la eutanasia con la finalidad de reivindicar legalmente el llamado “*derecho a morir dignamente*”.

El argumento más esgrimido suele ser la compasión hacia el paciente que libremente manifiesta su deseo de liberarse de un sufrimiento insoportable e inútil. La eutanasia sería un acto de solidaridad. Se presentan casos patéticos de soldados heridos en el

campo de batalla, mutilados por la metralla y desangrándose, que en medio de atroces dolores y sin posibilidad de ser atendidos, solicitan la muerte para abreviar su sufrimiento.

Frente a la posición favorable a la eutanasia se plantea la ortotanasia que hace ver la falacia de los argumentos arriba presentados. Es impropio plantear la defensa de la eutanasia sobre la base de los casos dramáticos de tiempos pasados, donde la medicina era todavía rudimentaria.

En la actualidad la medicina paliativa consigue aliviar el dolor e incluso suprimirlo. Los pacientes terminales, bien medicados con un tratamiento paliativo, pueden vivir la última fase de su vida con relativa serenidad. El Dr. Robert Twycross, especialista en la Sir Michael Sobell House, clínica de enfermos terminales de Oxford, afirma: "*He trabajado durante veinte años en la medicina paliativa. Cuando se tienen en cuenta todos los factores físicos, psíquicos, sociales y espirituales, la eutanasia no es la respuesta*". (Catalunya Cristiana, 15.04.1993, 4).

Además, el enfermo que, aquejado de fuertes dolores solicita la eutanasia, normalmente no está en condiciones de otorgar un consentimiento plenamente libre. La circunstancia objetiva de la enfermedad y sobre todo la experiencia subjetiva de angustia influyen poderosamente en su estado de ánimo, llegando incluso hasta viciar la manifestación de su deseo de quitarse la vida.

A este factor se añade otra constatación importante. El paciente que solicita la eutanasia está sometido a circunstancias dramáticas, que no siempre son permanentes. Al remitir el dolor o la gravedad de la enfermedad, muchas veces el paciente cambia de ánimo y recupera el deseo de vivir.

La eutanasia contradice el principio de benevolencia y, por lo tanto, no puede ser considerada en sí misma como un gesto de compasión, sino como una acción u omisión homicida:

*"Cualesquiera que sean los motivos y los medios, la **eutanasia directa** consiste en poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermas o moribundas. Es moralmente inaceptable. Por tanto, una acción u una omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente*

contrario a la dignidad de la persona humana y al respeto del Dios vivo, su Creador. El error de juicio en el que se puede haber caído de buena fe no cambia la naturaleza de este acto homicida, que se ha de rechazar siempre” (Catecismo de la Iglesia Católica N. 2277).

De manera solemne Juan Pablo II ha confirmado, en concordancia con el Magisterio de sus predecesores y en comunión con los Obispos de la Iglesia Católica, que *"la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana"* (Evangelio de Vida N. 65).

Dada la fuerte polémica en torno a la eutanasia analizaremos con mayor profundidad los argumentos jurídicos y filosóficos que la sustentan.

4. LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

La polémica en torno a la eutanasia no se limita a la discusión ética, sino que se ha trasladado al ámbito jurídico, particularmente a la legislación penal. Algunos países no regulan específicamente la eutanasia, por lo que en caso de producirse deben ser asumida dentro de otras figuras jurídicas más generales, como el suicidio asistido o el homicidio solicitado. En los países que han regulado la eutanasia podemos distinguir tres modelos fundamentales, la penalización atenuada, la despenalización y la legalización.

4.1. Penalización atenuada

Las legislaciones penales tradicionales recogen la figura jurídica de la eutanasia bajo los delitos del “suicidio asistido” y del “homicidio piadoso”, motivados por los ruegos insistentes del herido o del enfermo. Están castigados con penas menores que el simple homicidio. Se concede al juez la potestad de sopesar las circunstancias atenuantes e incluso eximentes, pudiendo disminuir la pena parcial e incluso totalmente.

En Bolivia el actual **Código Penal**, vigente desde 1972, dedica dos artículos a este tema. El “homicidio-suicidio” se regula en el artículo 256: “*El que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si la muerte se hubiere intentado o consumado, incurrirá en reclusión de dos a seis años*”.

El artículo 257 se refiere al “homicidio piadoso”: “*Se impondrá la pena de reclusión de uno a tres años, si para el homicidio fueren determinantes los móviles piadosos y apremiantes las instancias del interesado, con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves lesiones corporales probablemente incurables, pudiendo aplicarse la regla del artículo 39 {cambio de pena de reclusión a prestación de trabajo} y aun concederse excepcionalmente el perdón judicial*”.

Ambos artículos ofrecen un tratamiento jurídico de la eutanasia, considerada como delito contra la vida, aunque con penas menores que las establecidas para el homicidio que son de cinco a veinte años de reclusión (art. 251).

El juez puede, además, atenuar la pena e incluso eximir de ella en razón de las circunstancias. Sin embargo, hay que vigilar para que éstas no sean interpretadas abusivamente y se fomente la despenalización de la eutanasia. Notemos que en la actualidad la medicina paliativa hace obsoleta las figuras del “suicidio asistido (*piadoso*)” y del “homicidio *piadoso*”,

Con estas salvedades juzgamos que el tratamiento jurídico de la eutanasia como homicidio, susceptible de tener en cuenta circunstancias atenuantes, puede ser considerado en principio correcto, dentro de la tradición humanista latinoamericana.

4.2. Despenalización práctica

Las organizaciones para la despenalización de la eutanasia han conseguido que en algunos países, si bien la legislación mantiene la tipificación penal del “homicidio *piadoso*”, en la práctica no llega a sancionarse judicialmente. Aunque se produzcan casos de eutanasia, no hay un interés por parte de las autoridades, ni tampoco por parte de los ciudadanos en presentar denuncias. Los pocos casos remitidos a los jueces, son tratados con excesiva tolerancia.

Tal era la situación de Holanda, anterior a la legalización de la eutanasia en el año 2001. Legalmente la eutanasia estaba tipificada como delito en el Código Penal con una pena máxima de 12 años, si había ayuda activa, y con una pena de tres años en el caso de asistencia pasiva (ayuda al suicidio). Sin embargo, eran raros los juicios en los que se condenaba a sus autores.

Desde la perspectiva bioética esta tolerancia es excesiva y claramente injusta, ya que desprotege el derecho a la vida del paciente. La despenalización práctica de la eutanasia, al igual que la del aborto, suelen ser un paso previo a su legalización. De hecho las asociaciones a favor de la eutanasia la incluyen como una etapa intermedia en su estrategia de reivindicación del derecho a la muerte.

4.3. Legalización

En algunos países la eutanasia ha sido legalizada. El Territorio del Norte en Australia aprobó en 1995 una ley sobre la autoeutanasia. Los pacientes incurables podían legalmente suicidarse con una dosis letal de drogas, administrada por un

médico. Previamente los pacientes debían ser evaluados por dos médicos, incluyendo un psiquiatra, y aguardar nueve días antes de poner fin a su vida. Hubo fuertes protestas contra esa ley que finalmente fue anulada.

En Holanda el 10 de abril de 2001 la Cámara Baja aprobó la Ley de la Terminación Médica de la Vida. A partir de los 16 años, o entre los 12 y los 16 con el consentimiento de sus padres, cualquier persona que se encuentre en una situación desesperada de dolor insoportable puede pedir a su médico la terminación de su vida. Basta que el médico, después de consultar a otro colega, acceda a esa petición para que proceda a administrar la muerte al paciente. En el año 2002 se aprobó en Bélgica una ley similar de legalización de la eutanasia.

De esta manera la eutanasia ha pasado a ser una acción médica legal que responde en definitiva al derecho al suicidio.

4.4. Consecuencias de la legalización

La legalización de la eutanasia, a pesar de ser presentada como un avance en el proceso histórico de reivindicación de los derechos humanos, constituye, sin embargo, un grave retroceso jurídico en la historia de la humanidad, llevándola hacia una actitud excesivamente tolerante, que algunos pensadores califican como cultura de la muerte. Veamos algunas de las consecuencias negativas previsibles de la legalización de la eutanasia.

a) Coacción social al paciente

Los partidarios de la eutanasia presentan su legalización como un derecho del enfermo terminal. Sin embargo, en realidad se está desvalorizando su derecho a la vida. Fácilmente los familiares, directa o indirectamente, inducirán al paciente a solicitar la muerte para liberarse de las molestias de tener que cuidarle.

Los mismos pacientes incurables o terminales caerán en la situación de decidir si solicitan o no la eutanasia. Psicológicamente esta situación es proclive a la depresión, que, unida a la enfermedad o debilidad clínica, puede provocar un estado de ansiedad creciente e incluso de desesperación total. A la larga el pretendido derecho a la eutanasia pasa a ser vivido como el deber de solicitarla.

El Dr. Johan Stevens, Presidente de la Asociación de Médicos Católicos de Holanda, expresa así la situación del paciente que busca acelerar la muerte: *"Tenemos que ser conscientes que toda petición de eutanasia significa que se ha hundido la capacidad de resistencia del paciente y, por tanto, ha fallado la medicina y la atención humana."* (Catalunya Cristiana, 13.05.1993, 29).

b) Deshumanización de la sociedad

Desde la perspectiva económica los enfermos terminales y los ancianos en edad avanzada son personas no productivas que utilizan recursos médicos costosos. El hecho de que Holanda y Bélgica sean países con un creciente número de personas envejecidas explicaría la legalización de la eutanasia, interpretada como una medida de control de la población para disminuir una excesiva carga social.

La legalización de la eutanasia ahorra gastos en la atención de los pacientes terminales. Por ello no se excluye que tanto las autoridades políticas como las aseguradoras públicas sutilmente promuevan campañas a favor de la eutanasia.

Con todo ello la misma sociedad corre el grave riesgo de deshumanizarse en aras de un progreso económico. No olvidemos que la legalización de la eutanasia previsiblemente debilitará la vinculación familiar. Los abuelos y los padres enfermos o ancianos serán considerados como personas cargosas de las cuales conviene desembarazarse por medio de la eutanasia.

c) Deshumanización de la profesión médica

Desde tiempos inmemoriales la profesión médica ha considerado su finalidad principal salvar la vida de los pacientes, tal como claramente establece el Juramento Hipocrático, que prevenía al médico ante una falsa compasión y le exhortaba al médico a no ceder ante esa tentación:

"No me dejaré llevar por ninguna súplica que me convenza para suministrar a nadie ninguna droga letal, como tampoco le aconsejaré. De igual manera no colocaré a ninguna mujer un pesario destructor del feto, sino que conservaré religiosa e intachablemente mi vida y profesión" (N. 4).

La legalización de la eutanasia rompe el humanismo de la profesión médica y pondrá al profesional ante el terrible dilema de juzgar, sentenciar y ejecutar al paciente que pide la eutanasia.

La Iglesia Católica valientemente ha denunciado la actitud perversa de algunos falsos médicos y legisladores: *“Se lleva además al colmo del arbitrio y de la injusticia cuando algunos, médicos o legisladores, se arrojan el poder de decidir sobre quién debe vivir o morir (EV 66)”*.

Es previsible que el estudio de la medicina incluya el aprendizaje de procedimientos para quitar la vida sin dolor. El médico se convertirá, así, en verdugo de sus propios pacientes. No se puede excluir que en su juicio se deje influir por factores e intereses en su propio favor. Con todo ello la relación entre el médico y el paciente corre el riesgo de deshumanizarse.

d) Expansión de la cultura de la muerte

Uno de los rasgos más característicos de la actual cultura adveniente globalizante es el hedonismo con el fomento del deseo de placer y del terror al dolor. Por ello la legalización de la eutanasia contribuirá a aumentar en modo considerable el número de solicitantes de la eutanasia, como un modo alternativo de fallecer con la ventaja de ser indoloro y programado.

Los mismos profesionales de la salud se sentirán obligados a ceder ante las presiones de los pacientes e incluso interpretarán su calidad de vida en términos de intensidad o insoportabilidad del dolor. Esto reforzará la tendencia creciente del número de pacientes sometidos a la eutanasia e incluso a la “cacotanasia”. Igualmente es previsible el aumento de la tendencia al suicidio.

A estos datos hay que añadir la legalización del aborto, introducido en algunos países en las tres últimas décadas del siglo pasado. Igualmente hay que considerar el desistimiento legal de los embriones excedentarios en la fertilización en vitro, la creciente tendencia a la manipulación de embriones humanos y a la utilización de células madres embrionarias.

Todo ello, unido al preocupante crecimiento de las adicciones al alcohol, al tabaco, a la droga y al sexo desordenado, el aumento de la delincuencia y de la violencia social, está produciendo un

cambio cultural hacia la “*cultura de la muerte*”, tal como el Papa Juan Pablo II clarivamente describe en la Encíclica “*Evangelio de la Vida*”. Ese mismo documento hace un llamado a la construcción de la cultura de la vida.

5. BIODERECHO

El debate jurídico sobre la legalización de la eutanasia no se limita únicamente en las previsible consecuencias negativas culturales que pueda traer. Los defensores de la eutanasia argumentan indicando que Holanda y Bélgica, países que han legalizado la eutanasia, no corren esos riesgos ya que la mayoría de sus ciudadanos poseen una elevada conciencia cívica y, por lo tanto, ejercerán ese derecho con responsabilidad.

En último término los partidarios de la eutanasia pretenden instaurar un nuevo bioderecho, donde se reconozca la muerte, como un derecho humano fundamental, complemento del derecho a la vida. Por lo tanto el debate se traslada a la filosofía del derecho, donde es preciso analizar críticamente los argumentos esgrimidos a favor del derecho al suicidio la muerte.

5.1. ¿Consentimiento libre?

Según sus propugnadores el derecho al suicidio se basa últimamente en el respeto a la libertad que tiene todo hombre para quitarse la vida, siempre que sea mayor de edad y posea la capacidad de expresar libremente su consentimiento. Por lo tanto el paciente terminal puede legítimamente solicitar la muerte para liberarse de un mal insufrible.

Este argumento, basado en el respeto a la libertad, sin embargo, no es correcto. El paciente terminal que decide quitarse la vida o solicita a alguien que le ayude a morir no es plenamente libre. La situación en que se encuentra condiciona fuertemente su voluntad. Los dolores físicos pueden llegar a ser tan intensos que ofusquen la mente y anulen la libertad. A la enfermedad frecuentemente se añaden los sufrimientos morales, que pueden agravarse por el desprecio y abandono de sus familiares o allegados y por el sentimiento de una sociedad hostil que le invita a morir.

No es raro que el paciente caiga en una neurosis depresiva intensa frente a la cual no ve ninguna salida sino la muerte. Esta tendencia autodestructiva es muy similar a la de los suicidas y necesita un tratamiento psicológico y psiquiátrico especializado.

Por otra parte, una característica esencial de la libertad es precisamente la capacidad de poder rectificar decisiones equivocadas. Muchos pacientes, superada la crisis de desesperación, por ejemplo ante el anuncio de un medicamento nuevo, recuperan su deseo de vivir. Un buen tratamiento analgésico y una atención cordial por parte de personas amigas pueden contribuir a que el paciente recobre las ganas de vivir. Esta capacidad de retractación se anula si se atiende el ruego del paciente de quitarse la vida. Por lo tanto podemos afirmar que su libertad estaba viciada en el momento de tomar la decisión de suicidarse.

Pero, además, fundamentar el derecho a la eutanasia en la libertad es una falacia, ya que al ejercerlo destruye la libertad. Por lo tanto, encierra una contradicción, ya que se basaría en la libertad para destruir total e irreversiblemente la misma libertad. Utilizando una imagen absurda, equivaldría a la serpiente hambrienta que comienza a comerse su cola hasta devorarse totalmente. El derecho a la libertad tiene un límite precisamente en el respeto a la misma libertad.

5.2. ¿Derecho absoluto a la vida?

Algunas personas que reivindican la eutanasia presentan el derecho al suicidio simplemente como la renuncia al derecho a la vida, ya que todo derecho por ser tal conlleva el derecho a renunciar a él.

Este argumento, sin embargo, es falaz. Toda persona razonable entiende que cualquier derecho comporta siempre limitaciones y obligaciones que impiden sea ejercido en contra del derecho de otras personas y del bien común.

Más profundamente el fundamento de todo derecho legítimo es la misma naturaleza racional. Por lo tanto ningún derecho puede ser totalmente absoluto. Por ser social en su misma naturaleza el ente humano adquiere derechos y deberes en la sociedad frente a otras personas. Por lo tanto todo derecho comporta el deber de ejercerlo razonablemente en la sociedad. Actuar arbitrariamente rompe la solidaridad social.

Esa limitación puede particularmente en el derecho a la propiedad, que es uno de los más emblemáticos en la filosofía

liberal. Frente a ciertas corrientes en el derecho romano clásico que consideraban la propiedad como derecho absoluto, se reconoció que este derecho tenía ciertos límites, tal como se recoge en la clásica definición del mismo como "*el derecho de usar y abusar de su cosa, en cuanto lo permita la razón natural*" ("*ius utendi et abutendi re sua quatenus naturalis ratio patitur*").

Cuando una persona se quita la vida arbitrariamente perjudica a la sociedad a la que pertenece. Un ejemplo patente sería el caso de un piloto de aviación que quiere suicidarse mientras esté al frente del avión. De ninguna manera puede sostener que tiene derecho al suicidio, ya que implicaría la muerte de los pasajeros.

Pero incluso el paciente que se suicida, aunque su vida parezca socialmente inútil, falta a la solidaridad con otros enfermos y está fomentando la insolidaridad de la sociedad con los pacientes terminales y en definitiva con los más débiles.

La vida es un derecho, pero al mismo tiempo un deber que debe ser ejercido con responsabilidad. El suicida objetivamente se desliga de la sociedad en una actitud individualista. La sociedad debe velar para que ningún ciudadano llegue a este extremo de desesperación, adoptando las políticas y las medidas necesarias para humanizar la atención a los pacientes terminales según los principios de la ortotanasia, anteriormente expuestos.

La sociedad civil y la sociedad política deben intervenir para evitar que uno de sus miembros atente gravemente contra su propia vida o contra su salud. Hasta las personas más liberales admiten la prohibición de la comercialización libre de sustancias tóxicas letales.

5.3. ¿Tolerancia frente a la eutanasia?

Más sutilmente los partidarios de la eutanasia indican que todo ser humano tiene derecho a utilizar su libertad de elección (en inglés: "*free choice*") en asuntos de su propia vida. Legalizar el derecho a la eutanasia no obliga a nadie a ejercerlo. Por lo tanto las personas que no estén de acuerdo con la eutanasia deben respetarla en virtud de la tolerancia, uno de los fundamentos de la sociedad pluralista democrática.

Esta posición, sin embargo, se basa en una interpretación falsa de la tolerancia. La tolerancia como actitud ética y ciudadana

correcta no puede entenderse de forma irrestricta, sino que debe comprenderse y ejercerse dentro de los límites que marca la naturaleza racional del hombre, llamado a vivir en sociedad.

El esquema clásico aristotélico de la virtud como el justo medio entre dos extremos incorrectos puede ayudar a comprender la tolerancia. Tan equivocada sería una actitud global de total intolerancia como la contraria de excesiva tolerancia o "*ultratolerancia*". Con este término designamos la actitud de aquellas personas proclives a admitir cualquier opinión o acción sin preocuparse de hacer previamente un verdadero discernimiento. Esta actitud de falsa tolerancia ("*pseudotolerancia*") no raras veces viene acompañada de una deformación de la conciencia hacia la laxitud moral y el individualismo social.

En la cultura adveniente la ultratolerancia tiende a expandirse rápidamente, ya que es una actitud más cómoda y menos exigente, que evita enfrentamientos con personas con opiniones diversas. Hay personas que erróneamente piensan que es el camino acertado para la convivencia pacífica en situaciones de interculturalidad.

Sin embargo, tanto la excesiva tolerancia como la total intolerancia como actitudes globales son equivocadas. Es preciso en cada caso hacer un cuidadoso discernimiento para ver qué valores están en juego y cuáles son los resultados previsibles de la tolerancia. En este discernimiento ayuda la virtud de la prudencia históricamente situada.

En el caso de la eutanasia ya vimos las consecuencias funestas previsibles de su legalización, que tienden a socavar el derecho a la vida y a deshumanizar la sociedad. Por esa razón no se puede invocar la tolerancia. El derecho a la vida es el fundamental de todos, que, por lo tanto, debe ser reconocido y garantizado universalmente. Cualquier restricción del derecho a la vida de personas inocentes puede traer consecuencias funestas. En consecuencia frente a la legalización de la eutanasia o en el polo opuesto del aborto la actitud correcta es la de oposición y resistencia social a través de medios que deberán ser discernidos cuidadosamente dentro del orden democrático.

5.4. ¿Eutanasia altruista?

Teóricamente cabe plantearse la figura de la “*eutanasia altruista*”. Corresponde al caso de un paciente que, al quitarse la vida, pretende aliviar la carga social de sus familiares o facilitar su corazón u otro órgano vital para ser transplantado a un pariente enfermo. Este planteamiento queda fuera de la definición convencional de la eutanasia, donde la motivación principal es la insoportabilidad del dolor experimentado por el paciente. Por lo tanto habría que replantearlo como “*suicidio altruista*”.

El “*suicidio altruista*” respondería a una motivación altruista de salvar la vida a otras personas. Se trata de circunstancias extremas en los que la intención parecería justificar el darse muerte. Sin embargo, habría que probar que suicidarse es el único medio para salvar la vida a otras personas. En cambio una acción heroica encomiable es arriesgar la propia vida, sin por ello suicidarse, ni por supuesto quitar la vida a personas inocentes.

En todo caso una hipotética eutanasia con fines altruistas encierra una contradicción. La experiencia muestra cómo en la mayor parte de los casos los familiares y allegados de la persona suicida experimentan un fuerte sentimiento de culpabilidad. Por el contrario, la renuncia del paciente a tratamientos onerosos o gravosos para no cargar a la familia con gastos excesivos, aún sabiendo que indirectamente puede acortar su vida, es totalmente conforme con la ortotanasia.

4.5. Cultura de la vida

Frente a la amenaza de la cultura de la muerte es preciso fomentar la cultura de la vida. Es necesario que, ante las campañas que promueven la eutanasia, todas las personas de buena voluntad se opongan a su legalización, utilizando medios democráticos. La actitud de la defensa de vivir dignamente la muerte natural, no se limita a oponerse a la eutanasia, sino que debe incluir también iniciativas positivas en favor de los enfermos terminales en los diversos ámbitos personales, familiares, sociales y políticos.

La finalidad esencial del derecho es la defensa de los derechos humanos sancionando las agresiones injustas contra ellos. Entre los derechos humanos el primero y más fundamental es el derecho a la vida. Por esa razón es preciso construir el

“bioderecho”, en su sentido etimológico de *“derecho de la vida”*, orientado a la defensa de la vida humana en todas sus fases, desde la concepción del ente humano, hasta su terminación.

El bioderecho tiene como un punto fundamental el precepto *“No matarás a una persona inocente”*, base esencial de la convivencia social. Este mandamiento está fundamentado en la ley natural y reconocido como mandamiento clave por las grandes religiones.

Si ese mandamiento se pone en cuestionamiento, la vida humana deja de valorizarse. El homicidio debe estar condenado enérgicamente en todas sus formas, incluyendo los atentados contra la vida naciente (aborto) y la vida terminal (cacotanasia y eutanasia). Igualmente debe tender a la abolición de las guerras entre naciones y también de la pena de muerte como obsoleta en nuestro tiempo.

Dentro del tema que nos ocupa es preciso oponerse a la legalización de la eutanasia. Las leyes que consideran la eutanasia como un derecho que puede ser ejercido dentro de la práctica médica son injustas, ya que contravienen el principio de *“no matar”*.

6. FILOSOFÍA Y TEOLOGÍA DE LA VIDA

El debate en torno a la terminación de la vida no solamente es ético y jurídico, sino, también y más profundamente, filosófico y teológico. Aunque no podemos detenernos en ese debate presentaremos brevemente algunos elementos de reflexión.

El paciente terminal que solicita la eutanasia normalmente lo hace motivado por el dolor y el sufrimiento que experimenta. Ofuscado y desesperado, busca la muerte como la liberación de esa situación insoportable. Ante el enfermo doliente hay que mostrar respeto, compasión y solidaridad, tratando en primer lugar de aliviarle el sufrimiento. Hay que evitar juzgarle negativamente. Nadie puede entrar en la conciencia subjetiva de otra persona y más aún cuando ésta se encuentra en una situación límite.

Sin embargo, es posible y conveniente discernir objetivamente sobre el deseo de suicidarse. Muy posiblemente detrás de ese deseo hay un vacío existencial frente a la vida, considerada como absurda. Este vacío significa que el paciente no se ha planteado o no ha encontrado sentido a la vida y tiene un sentido distorsionado de la muerte.

Por lo tanto se hace necesario analizar desde una perspectiva filosófica el sentido de la vida, partiendo del enigma de la muerte. Esta reflexión debería hacerla toda persona sin esperar a llegar a una situación terminal, donde obviamente no es fácil encontrar una tranquilidad interna.

6.1. Reflexión sobre la muerte

Desde la perspectiva estrictamente biológica se puede afirmar que el ser humano está programado para morir. Todo hombre desde su concepción tiene por su propia naturaleza humana un límite en la vida corporal o biológica. La ciencia médica en colaboración con otras ciencias se esfuerza por alargar ese límite y ciertamente ha conseguido que la expectativa de vida hoy sea mucho mayor que en siglos pasados.

Pero a pesar de los avances científicos y técnicos la muerte sigue siendo no sólo el final de la vida terrestre, no sólo inexorable, sino muchas veces inesperado, ya que puede producirse en

cualquier momento de la existencia humana. Esta constatación se hace tal vez hoy más obvia que en tiempos pasados. Son muchas las personas que sin estar enfermas o sin ser ancianas encuentran la muerte inesperadamente.

Los accidentes de tráfico, los crímenes, los conflictos bélicos y los atentados terroristas dejan cada día un enorme saldo de muertes violentas. A esto se añade la tendencia creciente de los preocupantes fenómenos del aborto, del suicidio y de la eutanasia.

Sin embargo, a pesar de la cotidianidad de la muerte, muchas personas son reacias a reflexionar sobre el término de la vida y prefieren refugiarse en la cultura superficial de vivir al día sin preguntarse por el más allá. Posiblemente esta actitud se debe a un bloqueo subconsciente, ocasionado por el presentimiento, muchas veces intuido pero no formulado, de que la muerte es la frustración total de los deseos y de los proyectos humanos. Se intuye confusamente que todos los esfuerzos humanos pueden quedar bruscamente truncados.

El hombre, angustiado ante el temor a no poder encontrar una respuesta de esperanza, prefiere dedicarse a llenar totalmente su tiempo y su mente con actividades o simplemente con diversiones o descanso. No quiere caer en la cuenta de que con ello incurre en una profunda alineación, que muchas veces aflora como una angustia existencial.

La reivindicación de la eutanasia se inscribe dentro de esa ideología de trivializar la muerte, y correspondientemente la vida, sin darles el valor real que tienen. Subyacente a esta corriente cultural suele encontrarse una filosofía liberal, que considera la autonomía humana como el valor supremo de una cosmovisión cerrada a la transcendencia.

Por eso interesa exponer, siquiera brevemente, algunos ejemplos de corrientes filosóficas liberales que se desembocan filosofías de la muerte.

6.1. Filosofías de la muerte

En la cultura contemporánea liberal han tenido un influjo considerable algunos pensadores modernos, entre los que tal vez el más destacado sea G. W. Friedrich Hegel (1770-1831). Su filosofía, a pesar de su enorme amplitud especulativa en torno a la libertad,

no ofrece una solución satisfactoria al problema de la vida, hasta el punto de ensalzar el suicidio como acto de libertad. Recogemos un comentario sintético de un especialista:

“Como explica Alexandre Kojève, uno de los mayores estudiosos (Introduction à la lecture de Hegel, Paris, Gallimard, 1945, pp. 529-575), la filosofía de Hegel es ante todo una filosofía de la muerte. Hegel está atormentado por la condición del hombre, ser finito, como los animales, pero a diferencia de ellos, está dotado de razón y de voluntad propia, y es consciente de estar destinado a la muerte. Frente a esa situación inevitable, frente a ese fin fatal, el hombre busca en el don de la muerte la afirmación suprema de su libertad soberana. El hombre realiza eso mediante el acto de quitarse la vida, mediante el suicidio. Sin embargo, si el hombre es señor de su propia vida y de su propia muerte, ¿por qué, con mayor razón, debería renunciar a ser señor también de la vida y de la muerte de los demás, como ya se sugiere en la famosa dialéctica del señor y del esclavo?”. (Schooyans 1995, 9).

Karl Marx, heredero materialista de la dialéctica hegeliana, recoge el planteamiento hegeliano de la dialéctica del señor y del siervo y lo aplica a la historia. La lucha de clases es el motor de la historia en el proceso de autoliberación del proletariado. La libertad se alcanzará únicamente eliminando a la clase capitalista y construyendo la sociedad igualitaria.

Hoy la historia ha mostrado que la proclamación del comunismo como liberación es totalmente falsa y, además, totalmente peligrosa. La proclamación del comunismo no solamente es un mesianismo utopista que, a diferencia de la verdadera utopía, carece de fundamento real, sino que ha arrastrado a la humanidad a un sinfín de revoluciones sangrientas en aras de un espejismo irreal. Prueba de ello es el fracaso del comunismo, dejando una estela sangrienta de frustraciones.

Cuando Marx se plantea el problema de la muerte individual no da ninguna respuesta satisfactoria. Simplemente constata friamente que la muerte es la victoria de la especie sobre el individuo (Oekonomisch-philosophische Manuskripte: MEW EB I, 539). Su sucesor, Friedrich Engels, deja entrever un tanto confusamente la posibilidad de supervivencia de un *“principio vital”*

en todos los organismos vivos, pero no sea abre a la transcendencia (Dialektik der Natur. Notizen und Fragmente: MEW 20, 554)

Las filosofías de cuño hegeliano se alimentan de la vana ilusión de la emancipación absoluta del hombre. Sin embargo, éste, al no poder adueñarse totalmente de su vida, termina considerando su existencia como una condena a vivir, para liberarse de la cual no hay otro camino que la muerte. Algunos pensadores existencialistas, entre ellos Jean Paul Sartre y a Albert Camus, al no poder dar una respuesta esperanzadora, proponen el nihilismo o el suicidio, como denuncia frente al absurdo de la vida.

El mismo Martin Heidegger, aunque se esfuerza en desarrollar una filosofía existencial del hombre como *“ser para la muerte”* (*“Sein zum Tode”*), al no encontrar una apertura convincente a la transcendencia, queda sin poder superar la angustia existencial que envuelve al hombre como una niebla obscurecedora.

La exaltación del suicidio paradójicamente se torna en una prueba de la existencia de Dios, ya que viene comprendido y vivido como una rebeldía frente al Ser Supremo. El hombre, al no querer reconocer su dependencia teológica, realiza el supremo gesto de libertad, quitándose la vida. Con soberbia mefistofélica el hombre interpela al Ser Supremo cuya existencia niega, como si dijera: *“Tú no me has pedido autorización para darme la vida, ahora yo tampoco te la pido para quitármela”*.

En definitiva las corrientes filosóficas ultraliberales, a pesar de sus esfuerzos de autoliberación, no ofrecen una respuesta esperanzadora ante la frustración de la muerte. La reivindicación de la eutanasia puede entenderse como un corolario dentro de una cosmovisión sin horizonte transcendente.

6.2. Filosofías de la vida

Frente a la incapacidad de encontrar una respuesta positiva, coherente y convincente, al enigma de la muerte, hay corrientes filosóficas que proponen respuestas iluminadoras. Ya muchos filósofos clásicos han admitido claramente la inmortalidad del alma o la transcendencia del ser humano. Entre los griegos tal vez sea Platón el que con mayor lucidez intuyó la vida del alma en el más

allá, si bien admitiendo la transmigración. Igualmente los estoicos aportaron actitudes valiosas frente a la muerte.

Hay también pensadores provenientes de otras raíces culturales, no explícitamente cristianas, que han hecho aportes muy valiosos. Paradójicamente algunos pensadores revolucionarios desde la perspectiva de la liberación han planteado la realidad de la utopía, alimentada por "*el principio de la esperanza*" (Ernst Bloch). Si los que han muerto en su lucha por la justicia dejan de existir total e irrevocablemente, ¿tiene sentido luchar por la justicia?. "*Son estos interrogantes los que mueven a Garaudy y algunos postmarxistas de la Escuela de Frankfurt (Adorno, Horkheimer, Benjamin), etc., a asentar lo que se ha llamado el 'postulado de la resurrección'*" (Ruiz de la Peña 1997, 1998).

Entre los filósofos metafísicos contemporáneos Xavier Zubiri, aun sin abordar directamente el tema de la realidad postmortem, se refiere a la "*felicidad eterna*", indicando que puede ser planteada sobre la base de "*las estructuras radicales del hombre meramente naturales*". "*Si puede haber felicidad eterna es porque el hombre es feliz y tiene que serlo inexorablemente*" (Zubiri 1986, 419).

Este pensador, durante toda su vida, pero más intensamente en los años próximos a su muerte, estudió el problema filosófico de "*El hombre y Dios*", título de una obra publicada póstumamente, donde propone una vía de comprensión de esa realidad divina: "*En la experiencia de Dios lo que hay es la experiencia de la realidad fontanal y fundamentante de Dios en la religación como ultimidad, como posibilidad última, y como impelencia suprema*" (Zubiri 1984, 328). Los editores de la obra póstuma de Zubiri afirman que este pensador admitía la acción divina "*re-creadora, resurreccional*" (Zubiri 1986, 671).

El hombre intuye razonablemente la realidad trascendente más allá de la muerte. Es importante retomar estas propuestas de conocimiento intuitivo de la realidad teológica metafísica, que razonablemente se muestra como personal.

La vida humana aparece como el don original, dado por Dios y recibido por el hombre en el primer momento de su existencia como ente personal con potencialidad de desarrollar su libertad.

El hombre se muestra como una unidad dual, el cuerpo biológico (en griego: “*bíos*”) unido intrínsecamente al principio vital espiritual (en griego: “*zoé*”), recibido directamente por Dios. Esa unidad dual inseparable caracteriza al hombre como “*uno en cuerpo y alma*”. Ello no significa despreciar el cuerpo biológico, sino, por el contrario, revalorizarlo en función de la vida teologal (Manzanera 1997).

El hombre intuye razonablemente que su muerte no es la terminación total de su existencia, como la muerte de los animales, sino que más profundamente es el tránsito de la existencia temporal histórica a una existencia metahistórica inmortal. Si esa intuición no fuese cierta la utopía quedaría reducida a un utopismo vano e irrealizable.

Frente a las filosofías de la muerte las filosofías de la vida abren un horizonte esperanzador. Dentro esas corrientes mencionamos a la “filosofía de la nostridad” basada en la realidad del hombre como persona, impulsada por la querencia natural metafísica de la “*nostridad*” hacia la realización de los diversos nosotros, en los que el propio yo y los otros se van realizando. Estos nosotros intermedios tienden hacia el Nos teologal, original y terminal, para conformar el Nosotros Universal Antropoteologal (Manzanera 2001).

6.3. Evangelio de la vida

Las corrientes filosóficas de la vida llegan a intuir razonablemente la inmortalidad del hombre en cuanto unidad pneumopsicosomática. La muerte es la desintegración de esa unidad por la corrupción del subsistema corporal psicosomático o biológico del hombre, quien sigue existiendo en su subsistema pneumático o espiritual, tradicionalmente llamado “*alma*” (latín: “*anima espiritual*”; griego: “*nóus*”).

Ha habido intentos muy valiosos para desentrañar el enigma de la vida postmortem. Tertuliano, pensador latino del siglo III, calificaba la vida del alma después de la muerte como “*media resurrección*”, una vida violenta, pero real. Con ello planteaba la exigencia natural de la restitución de la vida de los difuntos en la resurrección (De resurrectione 2,2. PL 2.796). La violencia de la pervivencia del difunto, carente de cuerpo, hace posible postular la restitución de su propio subsistema somático. El cuerpo biológico

("bíos") ya no estaría sujeto a la corrupción, sino unido y elevado a la vida espiritual o teologal ("zoé").

La fe cristiana revela a Dios como el Creador del hombre a su imagen y semejanza suya, llamado a salvarse según el designio salvífico que se desarrolla a través de los grandes misterios de la encarnación, la redención y la santificación. Dios Padre envía a su propio Hijo, quien se encarna en el seno de María Virgen con la cooperación de la Ruaj Divina (Espíritu Santo). Él compartió nuestras dolencias y, a través de su muerte y resurrección, nos trajo la salvación integral, espiritual y corporal.

Dentro de ese plan salvífico el hombre es tan sólo administrador y cuidador de la vida. No posee poder absoluto sobre ella, sino que solamente es su administrador. La revelación cristiana es un verdadero "*evangelio de la vida*".

Desde esta perspectiva el suicidio consciente y libremente practicado constituye una usurpación del poder de Dios. "*Cuando el hombre usurpa ese poder, dominado por una lógica de necedad y de egoísmo, lo usa fatalmente para la injusticia y la muerte. De este modo, la vida del más débil, queda en manos del más fuerte; se pierde el sentido de la justicia en la sociedad y se mina en su misma raíz la confianza recíproca, fundamento de toda relación auténtica entre las personas*" (Evangelio de la Vida 66).

7. PASTORAL DE LA ORTOTANASIA

La fe cristiana muestra la verdad sobre el hombre que ya en la vida temporal está llamado a participar de la vida eterna. La primera se actúa en el tiempo histórico como realización personal en función de la segunda. Desde esta perspectiva es posible da una respuesta satisfactoria al enigma de la muerte, de la enfermedad, del dolor y del sufrimiento.

7.1. Sentido de la muerte

Merece la pena citar al Viktor Frankl, psicólogo judío, quien, condenado por los nazis al campo de concentración, descubrió cómo en situaciones extremas el hombre puede encontrar un sentido sobre el que fundamentar una terapia psicológica de sobrevivencia. Esta búsqueda es no solamente legítima, sino también conveniente e incluso necesaria para poder encontrar el sentido de la existencia y de la muerte (Frankl 1987).

Desde la perspectiva cristiana la muerte es la culminación de la vida histórica e iniciación a la vida metahistórica. Esta comprensión de la muerte ofrece una respuesta positiva frente a las ideologías que consideran la muerte simplemente como el fracaso o el derrumbe de la existencia humana individual.

Para el creyente la muerte debe ser vivida como uno de los actos más importantes de la vida en una actitud de agradecimiento y arrepentimiento, completada por la petición de perdón y la reconciliación con Dios y con los hermanos.

Jesucristo, Señor de la Vida, es el modelo de la ortotanasia. Si bien él murió con una muerte tremendamente violenta y totalmente injusta, sin embargo supo vivirla con toda dignidad, sin maldecir ni condenar, sino aceptando el misterioso designio divino y pidiendo perdón por los pecadores.

Con su gesto de cargar con las dolencias e injusticias de la humanidad se hizo solidario no sólo con los oprimidos, sino también con los opresores, consiguiendo del Padre el don del perdón y de la reconciliación.

El Evangelio de Lucas relata: “*Jesús, dando un fuerte grito, exclamó: ‘Padre, en tus manos encomiendo mi Espíritu’ y dicho esto expiró*” (Lc 23, 46). La expiración en Jesús no sólo tiene un contenido biológico de exhalar el último suspiro, sino también de entregar su alma espiritual.

Jesús tuvo conciencia lúcida de estar cumpliendo el plan del Padre. No consideró la muerte como el fracaso total, fruto de la injusticia humana, sino como un acto de ofrecimiento justo y solidario dentro de su actitud constante de cumplir la voluntad divina ofreciendo su vida por la humanidad.

Su aceptación solidaria y su petición de perdón por los pecadores ha traído la justificación y la redención de la humanidad. Estas ideas han sido ampliamente desarrolladas por Juan Pablo II en la Carta Apostólica “*Salvifici Doloris*”, sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano (11.02.1984).

La muerte de Jesús es el modelo de la muerte de todo cristiano. Desde la fe la muerte no es simplemente la terminación de la vida biológica, sino, también y sobre todo, la culminación de la vida histórica. Por lo tanto el creyente debe comprender la muerte como un acto de entrega al Señor. Es el tránsito de la vida histórica a la una vida metahistórica en el encuentro con Jesús, Juez Justo y Misericordioso.

Los auténticos místicos han intuido el valor salvífico de la muerte, cuando ésta es vivida en unión con la muerte de Jesús en el sacrificio de la cruz. Esta unión aparece más clara cuando se pierde la vida injustamente por la fidelidad al Evangelio. San Pablo, muchas veces acusado, encarcelado y azotado en su misión apostólica, la describía así: “*Todo lo tengo por basura para ganar a Cristo y conocerle a Él, el poder de su resurrección y la comunión en sus padecimientos hasta hacerme semejante a Él en la muerte, tratando de llegar a la resurrección de los muertos*” (Flp 3, 7ss).

Santa Teresa de Jesús vivió la muerte con aceptación gozosa. Una religiosa que la presencié cuenta que en el momento de recibir el Viático, la santa exclamó: “*Ha llegado el tiempo de vernos, Amado mío, mi Señor*”. Seguidamente, “*siempre en oración, llena de alegría y gozo, con el rostro radiante... rindió su espíritu a nuestro Señor*”.

7.2. Sentido del dolor y del sufrimiento

La fe cristiana impulsa a la confianza en el Dios de la Vida que quiere la felicidad del hombre. Esa perspectiva ayuda a comprender mejor el misterio del dolor y del sufrimiento, inscritos en el misterio de amor del Dios, que ha creado al hombre a su imagen y semejanza. En el Antiguo Testamento el dolor, el sufrimiento y la misma muerte aparecen como frutos del pecado de la humanidad, que en sus comienzos se apartó de Dios.

Sin embargo, el inocente se pregunta angustiado sobre el por qué del dolor y del sufrimiento. Job es representado al hombre sufriente sin ser consciente de culpa, que en el paroxismo de su angustia llega a rebelarse contra Dios.

La fe en Jesucristo ayuda a comprender más plenamente el sentido del sufrimiento humano. La actitud de aceptar el dolor y el sufrimiento de la muerte injusta, ofreciéndolos por la redención del mundo es supremamente heroica y no todos los enfermos pueden llegar a hacerla suya. Sin embargo, aún luchando contra el dolor y buscando el alivio del sufrimiento, el enfermo puede vivir la espiritualidad de la redención, en la aceptación de la misteriosa providencia divina que permite el sufrimiento, muchas veces fruto de la injusticia y del pecado.

El enfermo creyente está llamado a unir sus sufrimientos con los de Jesús para presentarlos a Dios Padre, pidiendo la purificación de sí mismo, la de sus familiares y allegados y también la de toda la humanidad. El dolor y el sufrimiento, lejos de considerarse un absurdo sin sentido, recobran el sentido de ser una forma de colaboración a la salvación de la humanidad, si son aceptados en solidaridad con Jesucristo.

Esta visión cristiana revela al Dios providente y amoroso que no sólo no abandona al paciente en su enfermedad, sino que le ama con amor preferencial, prometiéndole una vida más allá de la muerte. En medio del dolor y del sufrimiento es posible experimentar la providencia divina. No son raros los casos de enfermos que asumen su enfermedad, aceptándola dentro del plan misterioso de Dios, quien en su infinita bondad permite el sufrimiento humano, incluso cuando es causado injustamente.

Desde esta perspectiva el paciente terminal siente la necesidad de prepararse para el encuentro definitivo con el Padre, no sólo pidiéndole perdón, sino también aceptando su voluntad y dándole gracias por sentirse escogido para asociarse al misterio pascual del Hijo de Dios y pasar, así, a través de la muerte a la resurrección.

La visión cristiana del dolor es contraria al goce masoquista del dolor, que es una patología psíquica. No debe confundirse con la visión estoica que insiste en la resignación heroica. La Iglesia Católica, tal como veíamos anteriormente, conoce la naturaleza humana y por ello promueve la atención al paciente para aliviarle el dolor mediante los tratamientos paliativos.

“En efecto, si puede ser digno de elogio quien acepta voluntariamente sufrir renunciando a tratamientos contra el dolor para conservar la plena lucidez y participar, si es creyente, de manera consciente en la pasión del señor, tal comportamiento ‘heroico’ no debe considerarse obligatorio para todos” (Evangelio de la Vida, N. 65).

7.3. Preparación a la muerte natural digna

No obstante el significado profundo del dolor y del sufrimiento, en la mayoría de los casos el proceso terminal suele ser penoso y, muchas veces, angustioso. La agonía que precede a la muerte agrava el deterioro natural de todo el organismo humano. Para obviar el dolor el paciente es sometido a medicamentos analgésicos que pueden llevarle a una disminución parcial de conciencia parcial o incluso a una sedación total. Ésta última inhibe las funciones intelectivas y volitivas y, por lo tanto, únicamente puede ser administrada, cuando no haya otra alternativa analgésica.

La actitud de vivir con dignidad la muerte natural no se improvisa. Por ello es aconsejable que con suficiente antelación el enfermo terminal o el anciano en edad avanzada se prepare debidamente cuando todavía está en pleno uso de sus facultades intelectivas y volitivas para actuar conscientemente.

Por ello es muy conveniente una educación previa para la ortotanasia. En primer lugar se debe valorar la sabiduría tradicional propia de algunas culturas que aceptan la muerte

natural sin hacer de ella un tabú. *"Debemos aprender a hablar de la muerte sin miedo. En la medida que vayamos venciendo nuestro egoísmo, probablemente podamos entender y aceptar la muerte como una realidad fundamental de la propia existencia, como aquel momento en que una vida se acaba para abrirse, con alegría, a una Vida Nueva."* (Xavier Zaragoza, en *Catalunya Cristiana*, 13.05.1993).

El tema de la muerte debe ser abordado desde diversas perspectivas, científica, filosófica y teológica, en un tratamiento interdisciplinar ("*tanatología*"), entendido, no tanto como una reflexión erudita, sino ante todo como una sabiduría práctica ante la muerte.

La visión cristiana lleva a contemplar el proceso de la muerte no sólo con resignación sino como la culminación consciente de todo un proyecto vital. El ejemplo ideal es la oblación final que hace Jesucristo, ofreciendo en la cruz su vida: *"Padre en tus manos encomiendo mi espíritu"*. Dios, Juez bondadoso y misericordioso, premiará las acciones buenas y perdonará las malas, siempre y cuando haya un arrepentimiento sincero.

Vivir dignamente la muerte natural incluye la acción de gracias y la reconciliación. Para ello es preciso una actitud de agradecimiento para dar gracias a todas las personas e instituciones benefactoras de las que el paciente ha recibido apoyos y beneficios en la vida. A esto se une el arrepentimiento de pedir perdón a todas las personas a las que de una manera u otra ha causado perjuicios. Esta petición de perdón debe estar acompañada con el deseo y el propósito de reconciliación, previa la reparación de los perjuicios que se haya podido causar u ocasionar. El testamento debe ser una expresión y realización de noble actitud.

7.4. Pastoral de la salud

Desde la fe cristiana el acompañamiento a los enfermos se considera un acto de amor al mismo Señor, quien invita a reconocerle y atenderle en ellos. *"Estuve enfermo y me visitasteis"* (Mt 25, 31-46).

Por ello la Iglesia, ya desde sus comienzos, ha privilegiado la atención a los enfermos y a los moribundos. San Juan de Dios, San Camilo de Lelis, Santa María Soledad Torres de Acosta y la Madre

Teresa de Calcuta, no son sino una pequeña muestra de la ingente multitud de fieles, quienes a través de los siglos han ejercido desinteresadamente la atención a los pacientes en los hospitales o en sus casas.

En 1985 el Papa Juan Pablo II constituyó la *Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios*, actualmente *Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud*, una de cuyas finalidades es precisamente impulsar esta actividad pastoral en las iglesias locales.

Con ello se subraya la importancia de la atención humana y religiosa al paciente, de acuerdo a sus creencias o sus deseos, para que pueda gozar de una paz profunda. En la fe católica la manera plena de expresarse y realizarse esa atención culmina en la recepción de los sacramentos de la penitencia, de la unción de los enfermos y de la eucaristía. En ellos el enfermo recibe al Señor resucitado con su Espíritu de vida eterna en la resurrección.

Atención especial merecen los enfermos moribundos. Hay que prestarles todo el cuidado necesario para ayudarles a vivir sus últimos momentos con dignidad y paz. En la medida de su fe es preciso ayudarles a prepararse para el trance final, para que sea aceptado no sólo con resignación, sino también como el paso gozoso a la casa del Padre.

Este ideal, aunque puede parecer excesivamente sublime e inalcanzable, muestra el horizonte hacia el que debe moverse la pastoral de la ortotanasia. La fe en Cristo Jesús constituye la base no sólo para recuperar la salud temporal, sino también para recibir el perdón y la vida eterna.

8. DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL

A modo de resumen de la bioética de la muerte natural digna exponemos en forma de decálogo los derechos del enfermo terminal, haciendo la salvedad de que a todo derecho corresponde un deber por parte de la sociedad y también por parte del mismo sujeto.

Todo enfermo terminal tiene derecho a:

1. No ser sometido a procedimientos que tengan como finalidad acelerar su muerte, incluso aunque él lo solicite ("*eutanasia*"), ni mucho menos sin su solicitud ("*cacotanasia*").

2. No ser sometido a tratamientos de postergación de la muerte sin un beneficio para el mismo paciente ("*distanasia*").

3. No ser utilizado sin su consentimiento libre e informado para investigación médica, ni sometido a experimentaciones gravosas o contrarias a la dignidad de la persona humana.

4. Ser tratado con el respeto que merece por su dignidad como persona humana hasta la terminación natural de su vida ("*ortotanasia*").

5. Ser informado del curso de su enfermedad, en términos adecuados y en la medida en que pueda asumir la realidad con serenidad, previa una preparación psicológica si fuese necesaria.

6. Ser consultado, personalmente o en caso de incapacidad a través de sus legítimos representantes, acerca del tratamiento a seguir y respetado en su decisión.

7. Recibir los tratamientos y medicamentos proporcionados y de acuerdo a la situación en que se encuentra por profesionales competentes.

8. Recibir los tratamientos y medicamentos paliativos adecuados para aliviar o suprimir el dolor, evitando en lo posible la sedación terminal.

9. Recibir el acompañamiento humano deseado de sus familiares, amigos y asesores.

10. Recibir el acompañamiento espiritual deseado para vivir su fe o creencia religiosa.

9. CONCLUSIÓN

En el presente ensayo hemos abordado las pautas éticas de la terminación correcta de la vida humana, que hemos denominado “*ortotanasia*”. Con ello hemos subrayado la necesidad de enfocar el problema no simplemente como rechazo a las actitudes contrarias a la dignidad del hombre, entre las que la eutanasia y la distanasia son las más conocidas, sino que hemos intentado diseñar positivamente la bioética de la muerte natural digna.

Obviamente el presente ensayo tiene limitaciones dada la amplitud del tema. Hemos presentado algunos elementos de la tradición humanista de inspiración cristiana, vigente en América Latina. La ortotanasia, al igual que cualquier ética particular, está inscrita en la ética general, donde con mayor claridad aparece la solidaridad o en términos filosóficos la “*nostridad*” como hermenéutica fundamental de la realidad en el horizonte del Nosotros universal antropoteológico.

Dicho en términos más tradicionales, el secreto de la vida feliz es vivir la verdad en la caridad que brota de Dios y lleva a Él. Este precepto es totalmente universal y por lo tanto se aplica también al enfermo terminal y a todas las personas en su entorno.

Ante los graves desafíos contra la vida humana es preciso recuperar los grandes valores de la tradición cristiana y de otras culturas humanistas. Gran parte de estos valores los encontramos en la Encíclica de Juan Pablo II “*El Evangelio de la Vida*”, considerada como la carta magna para todo cristiano y también para toda persona de buena voluntad que reconozca la inviolabilidad de la vida humana, como base firme para construir la sociedad fraterna de libertad, justicia y paz.

BIBLIOGRAFÍA

Arze, Silvestre (ed.), Memorias del Simposio Departamental Trasplante de Órganos, Cochabamba, Sociedad Boliviana de Medicina Interna 1995.

Castillo Valery, Alfredo, Ética médica ante el enfermo grave. Buenos Aires / Caracas etc., DISINLIMED, 1986.

Cerdá, Hugo, Psicología del buen morir, en EL País (Madrid) 25. Feb. 2003.

Colombero, Giuseppe, La enfermedad, tiempo para la valentía. Bogotá, San Pablo, 1993.

Comité Episcopal para la Defensa de la Vida, La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos (14.02.1993). Madrid, Conferencia Episcopal de España, 1993.

Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la eutanasia (5.05.1980). Ciudad del Vaticano, 1980.

Consejo Permanente de la Conferencia Episcopal Francesa, Respetar al hombre próximo a la muerte (23.09.1991), en: Ecclesia N. 2567/ 15.02.1992, 34-38.

Gafo, Javier, 10 palabras clave en bioética, Estella, Verbo Divino, 1993.

Gafo, Javier (ed.), La eutanasia y el arte de morir. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 1990.

Garduño Espinosa, Armando / Sánchez Guerrero, Oscar, Ortotanasia: Un enfoque de atención al niño con enfermedad terminal, en: Cuadernos de Bioética N. 27 /1966, 329-338.

Gracia, Diego, Historia de la eutanasia, en: Gafo, Javier (ed.), La eutanasia y el arte de morir. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 1990, 32.

Frankl, Viktor E., El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia, Barcelona, Herder, 1987.

Herranz Rodríguez, Gonzalo, La ética humana ante la vida humana: entre el respeto y el cálculo, en: CELAM (Ed.) Biogenética. Aspectos científicos, culturales y éticos. Santafé de Bogotá, CELAM, 1992.

Kübler-Ross, Elisabeth, Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona etc., Grijalbo, 1975.

Juan Pablo II, Carta Apostólica "Salvifici doloris". Sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano (11.02.1984).

Juan Pablo II, Carta Encíclica "Evangelium Vitae". Sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana (25.03.1995).

Juan Pablo II, Catecismo de la Iglesia Católica. 1997, N. 2276-2279.

Juan Pablo II en su discurso al XVIII Congreso Internacional de la Sociedad de Trasplantes (29.09.2000).

Juan Pablo II, Discurso ante la Academia Pontificia para la Vida con motivo del V aniversario de la publicación de la Encíclica "Evangelium Vitae" (14.02. 2000).

Lavados, Manuel, / Serani, Alejandro (ed.), Ética clínica. Fundamentos y aplicaciones. Santiago de Chile, Univ. Católica de Chile, 1993, 181-216.

Malherbe, Jean-François, Homicidio y compasión. La eutanasia en ética clínica. Madrid, San Pablo, 1998.

Manzanera, Miguel, Fundamentación de la bioética en la nostridad (BIOS 2). 1997.

Manzanera, Miguel, Bioética del transplante de órganos (BIOS 3). Cochabamba, Instituto de Bioética, 1998.

Manzanera, Miguel, Postmortem Ablation, en: Vial Correa, Juan de Dios / Sgreccia, Elio (ed.), The Dignity of the Dying Person. Proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life (Vatican City, 24-27 February 1999). Vatican City, Libr. Edit. Vaticana, 1999. 425-430.

Manzanera, Miguel, Dios como el Nos. Hacia una filosofía de la Nosidad Teologal, en: Yachay Nos. 32 y 33. Experiencia y Diálogo Filosóficos en Iberoamérica. Ponencias del Tercer Congreso Sudamericano de Filosofía, Cochabamba, Universidad Católica Boliviana, 2001, 187-215.

Martín, Leonard M., Ética Médica diante do Paciente Terminal. Leitura ético-teológica da relação Médico-Paciente Terminal nos Códigos Brasileiros de Ética Médica. Aparecida-SP(Brasil), Santuario, 1993.

Mifsud, Tony, El respeto por la vida humana. Bioética. 2. ed. Santiago, Paulinas/CIDE, 1987, 135-180.

PAV (Pontificia Academia para la Vida). Respetar la dignidad del moribundo. Consideraciones éticas sobre la eutanasia (9 de diciembre de 2000).

Pessini, Leocir, Morrer com dignidade. Como ajudar o paciente terminal. 2ª ed. Aparecida SP (Brasil), 1999.

Schooyans, Michel, Defender el don de la vida, en: L'Osservatore Romano (ed. española), N. 35 – 1. sept. 1995, 8-9.

Sgreccia, Elio, Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica (Nuova ed.). Milán, Vita e pensiero, 1994.

Sporken, Paul, Ayudando a morir. Aspectos éticos, asistenciales, pastorales y médicos. Santander, Sal Térrea, 1978.

Varga, Andrew C., Bioética. Principales problemas. 2. ed. Bogotá, Paulinas, 1990, 255-285.

Vélez Correa, Ética Médica. Interrógenes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Medellín, Servigráficas, 1989.

Vico Peinado, José, Dolor y muerte humana digna. Madrid, San Pablo, 1995.

Vial Correa, Juan de Dios / Sgreccia, Elio (ed.), The Dignity of the Dying Person. Proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life (Vatican City, 24-27 February 1999). Vatican City, Libr. Edit. Vaticana, 1999. 425-430.

Vidal, Marciano, Moral de la persona. Moral de Actitudes II (5. ed.). Madrid, PS, 1985.

La Revista “Cuadernos de Bioética” (Santiago de Compostela) ha dedicado varios números al tema de la eutanasia: 16 / 1993; 26 / 1996; 27 / 1996; 44 / 2001.

RESPETAR LA DIGNIDAD DEL MORIBUNDO

ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA

A partir de la década de 1970, comenzando en los países más desarrollados del mundo, se ha ido difundiendo una insistente campaña en favor de la eutanasia, entendida como acción u omisión que por su naturaleza y en sus intenciones provoca la interrupción de la vida del enfermo grave o también del niño recién nacido mal formado. El motivo que se aduce por lo general es que de esa manera se quiere ahorrar al paciente mismo sufrimientos definidos inútiles.

Con ese objetivo, se han llevado a cabo campañas y estrategias, que han contado con el apoyo de asociaciones pro-eutanasia a nivel internacional, con *manifestos* públicos firmados por intelectuales y científicos, con publicaciones favorables a esas propuestas - algunas acompañadas incluso de instrucciones para enseñar a los enfermos, y a los no enfermos, los diversos modos de poner fin a la vida, cuando esta se considere insoportable -, con encuestas que recogen opiniones de médicos o personajes famosos, favorables a la práctica de la eutanasia y, por último, con propuestas de leyes presentadas en los Parlamentos, además de los intentos de provocar sentencias de los tribunales que podrían permitir de hecho la práctica de la eutanasia o, al menos, que quede impune.

El reciente caso de Holanda, donde ya existía desde hacía algunos años una especie de reglamentación que eximía de castigo al médico que practicara la eutanasia a petición del paciente, plantea un caso de auténtica legalización de la *eutanasia solicitada*, aunque limitada a casos de enfermedad grave e irreversible, acompañada de sufrimientos y a condición de que esa situación sea sometida a una verificación médica que se presenta como rigurosa.

El perno de la justificación que se quiere utilizar y presentar a la opinión pública está constituido sustancialmente por dos ideas fundamentales: el *principio de autonomía* del sujeto, que tendría derecho a disponer, de manera absoluta, de su propia vida; y la

convicción, más o menos explicitada, de la insoportabilidad e inutilidad del dolor que puede a veces acompañar a la muerte.

La Iglesia ha seguido con aprensión ese desarrollo de pensamiento, reconociendo en él una de las manifestaciones del debilitamiento espiritual y moral con respecto a la dignidad de la persona moribunda y una senda "utilitarista" de desinterés frente a las verdaderas necesidades del paciente.

En sus reflexiones, ha mantenido un contacto constante con los agentes y especialistas de la medicina, tratando de ser fiel a los principios y a los valores de la humanidad compartidos por la mayor parte de los hombres, a la luz de la razón iluminada por la fe, y produciendo documentos que han merecido el aprecio de profesionales y de gran parte de la opinión pública. Queremos recordar la *Declaración sobre la eutanasia* (1980), publicada hace veinte años por la Congregación para la doctrina de la fe, el documento del Consejo pontificio "Cor unum" *Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos* (1981), la encíclica *Evangelium vitae* (1995) del Papa Juan Pablo II (en particular los números 64-67) y la *Carta de los agentes sanitarios*, elaborada por el Consejo pontificio para la pastoral de la salud (1995).

Estos documentos del Magisterio no se limitan a definir la eutanasia como moralmente inaceptable, "en cuanto eliminación deliberada de una persona humana" inocente (cf. *Evangelium vitae*, 65. El pensamiento de la encíclica se precisa en el número 57, permitiendo así una correcta interpretación del texto del número 65, que acabamos de citar), o como "oprobio" (cf. *Gaudium et spes*, 27), sino que también ofrecen un itinerario de asistencia al enfermo grave y al moribundo, que se inspire, tanto bajo el aspecto de la ética médica como bajo el espiritual y pastoral, en el respeto a la dignidad de la persona, en el respeto a la vida y a los valores de la fraternidad y la solidaridad, impulsando a las personas y a las instituciones a responder con testimonios concretos a los desafíos actuales de una cultura de la muerte que se difunde cada vez más.

Recientemente, esta Academia pontificia para la vida ha dedicado una de sus asambleas generales (después de un trabajo de preparación que duró varios meses) a ese mismo tema, y publicó

luego las Actas conclusivas en el libro titulado, "The Dignity of the Dying Person" (2000).

Vale la pena recordar aquí, aun remitiendo a los documentos que acabamos de citar, que el dolor de los pacientes, del que se habla y sobre el que se quiere fundamentar una especie de justificación o casi obligatoriedad de la eutanasia y del suicidio asistido, es hoy más que nunca un dolor "curable" con los medios adecuados de la analgesia y de los cuidados paliativos proporcionados al dolor mismo; el paciente, si se le presta una adecuada asistencia humana y espiritual, puede recibir alivio y consuelo en un clima de apoyo psicológico y afectivo.

Las posibles *peticiones de muerte* por parte de personas que sufren gravemente, como demuestran las encuestas realizadas entre los pacientes y los testimonios de clínicos cercanos a las situaciones de los moribundos, casi siempre constituyen la *manifestación extrema* de una apremiante solicitud del paciente que quiere recibir más atención y cercanía humana, además de cuidados adecuados, ambos elementos que actualmente a veces faltan en los hospitales. Resulta hoy más verdadera que nunca la consideración ya propuesta por la *Carta de los agentes sanitarios*: "El enfermo que se siente rodeado por la presencia amorosa, humana y cristiana, no cae en la depresión y en la angustia de quien, por el contrario, se siente abandonado a su destino de sufrimiento y muerte y pide que acaben con su vida. Por eso la eutanasia es una derrota de quien la teoriza, la decide y la practica" (n. 149).

A este respecto, podemos preguntarnos si, bajo la justificación de que el dolor del paciente es *insoportable*, no se esconde más bien la incapacidad de los "sanos" de acompañar al moribundo en la prueba de su sufrimiento, de dar sentido al dolor humano - que, por lo demás, nunca se puede eliminar totalmente de la experiencia de la vida humana- y una especie de rechazo de la idea misma de sufrimiento, cada vez más difundido en nuestra sociedad donde domina el bienestar y el hedonismo.

Tampoco se ha de excluir que detrás de algunas campañas en favor de la eutanasia se ocultan razones de gasto público, considerado insostenible e inútil frente a la prolongación de ciertas enfermedades.

Declarando curable, en el sentido médico, el dolor y proponiendo, como compromiso de solidaridad, la asistencia a los que sufren es como se llega a afirmar el verdadero humanismo: el dolor humano exige amor y participación solidaria, no la *expeditiva* violencia de la muerte anticipada.

Por lo demás, el citado *principio de autonomía*, con el que a veces se quiere exasperar el concepto de libertad individual, impulsándolo más allá de sus confines racionales, ciertamente no puede justificar la supresión de la vida propia o ajena. En efecto, la autonomía personal tiene como primer presupuesto el hecho de *estar vivos* y exige la responsabilidad del individuo, que es *libre para* hacer el bien según la verdad; sólo llegará a afirmarse a sí mismo, sin contradicciones, reconociendo (también en una perspectiva puramente racional) que ha recibido *como don* su vida, de la que, por consiguiente, no es "amo absoluto"; en definitiva, suprimir la vida significa destruir las raíces mismas de la libertad y de la autonomía de la persona.

Además, cuando la sociedad llega a legitimar la supresión del individuo - sin importar en qué estadio de vida se encuentre, o cuál sea el grado de debilitamiento de su salud- reniega de su finalidad y del fundamento mismo de su existencia, abriendo el camino a iniquidades cada vez más graves.

Por último, en la legitimación de la eutanasia se induce una complicidad perversa del médico, el cual, por su identidad profesional y en virtud de las inderogables exigencias deontológicas a ella vinculadas, está llamado siempre a sostener la vida y a curar el dolor, y jamás a dar muerte "ni siquiera movido por las apremiantes solicitudes de cualquiera" (*Juramento de Hipócrates*). Esa convicción ética y deontológica se ha mantenido intacta, en su sustancia, a lo largo de los siglos, como lo confirma, por ejemplo, la *Declaración sobre la eutanasia* de la Asociación médica mundial (39ª asamblea, Madrid 1987): "La eutanasia, es decir, el acto de poner fin deliberadamente a la vida de un paciente, tanto a petición del paciente mismo como por solicitud de sus familiares, es inmoral. Esto no impide al médico respetar el deseo de un paciente de permitir que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase final de la enfermedad".

La condena de la eutanasia que se hace en la encíclica *Evangelium vitae* por ser "una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana" (n. 65) entraña el peso de la razón ética universal (se funda en la ley natural) y la instancia elemental de la fe en Dios creador y custodio de toda persona humana.

Así pues, la línea de comportamiento con el enfermo grave y el moribundo deberá inspirarse en el respeto a la vida y a la dignidad de la persona; deberá perseguir como finalidad hacer disponibles las terapias proporcionadas, sin utilizar ninguna forma de "ensañamiento terapéutico"; deberá acatar la voluntad del paciente cuando se trate de terapias extraordinarias o peligrosas - que no se tiene obligación moral de utilizar -; deberá asegurar siempre los cuidados ordinarios (que incluyen la alimentación y la hidratación, aunque sea artificiales) y comprometerse en los cuidados paliativos, sobre todo en la adecuada terapia del dolor, favoreciendo siempre el diálogo y la información del paciente mismo.

Ante la cercanía de una muerte que resulta inevitable e inminente "es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a tratamientos que sólo producirían una prolongación precaria y penosa de la vida (cf. *Declaración sobre la eutanasia*, parte IV), dado que existe gran diferencia ética entre "provocar la muerte" y "permitir la muerte": la primera actitud rechaza y niega la vida; la segunda, en cambio, acepta su fin natural.

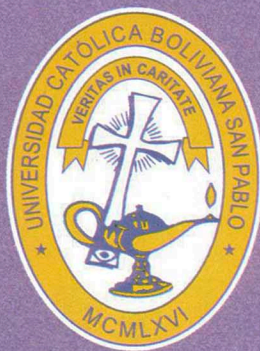
Las formas de asistencia a domicilio - hoy cada vez más desarrolladas, sobre todo para los enfermos de cáncer -, el apoyo psicológico y espiritual de los familiares, de los profesionales y de los voluntarios, pueden y deben transmitir la convicción de que cada momento de la vida y cada sufrimiento se pueden vivir con amor y son muy valiosos ante los hombres y ante Dios. El clima de solidaridad fraterna disipa y vence al clima de soledad y a la tentación de desesperación.

Especialmente la asistencia religiosa - que es un derecho y una ayuda valiosa para todo paciente y no sólo en la fase final de la vida -, si es acogida, transfigura el dolor mismo en un acto de amor redentor y la muerte en apertura hacia la vida en Dios.

Las breves consideraciones que hemos ofrecido aquí se suman a la constante enseñanza de la Iglesia, la cual, tratando de ser fiel a su mandato de "actualizar" en la historia la mirada de amor de Dios al hombre, sobre todo cuando es débil y sufre, sigue anunciando con fuerza el *evangelio de la vida*, con la certeza de que puede hallar eco y ser acogido en el corazón de toda persona de buena voluntad. En efecto, todos estamos invitados a formar parte del "pueblo de la vida y para la vida" (cf. *Evangelium vitae*, 101).

Ciudad del Vaticano, 9 de diciembre de 2000

Prof. Juan de Dios VIAL CORREA, *Presidente*
Mons. Elio SGRECCIA, *Vicepresidente*



INSTITUTO DE BIOÉTICA
Instituto Superior de Estudios Teológicos
Universidad Católica Boliviana
Cochabamba - Bolivia
2003