

EL SER HUMANO ANTE EL DOLOR Y LA MUERTE

Algunas cuestiones éticas sobre cómo afrontar cristianamente la enfermedad y la muerte

EL BUEN SAMARITANO QUE DEJA SU CAMINO PARA SOCORRER AL HOMBRE ENFERMO (cfr. *Lc* 10, 30-37) es la imagen de Jesucristo que encuentra al hombre necesitado de salvación y cuida de sus heridas y su dolor con «el aceite del consuelo y el vino de la esperanza». Él es el médico de las almas y de los cuerpos y «el testigo fiel» (*Ap* 3, 14) de la presencia salvífica de Dios en el mundo.

Pero, ¿cómo concretar hoy este mensaje? ¿Cómo traducirlo en una capacidad de acompañamiento de la persona enferma en las fases terminales de la vida de manera que se le ayude respetando y promoviendo siempre su inalienable dignidad humana, su llamada a la santidad y, por tanto, el valor supremo de su misma existencia? (Cf. Carta *Samaritanus Bonus*, sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida, Roma 2020).

ACLARANDO CONCEPTOS

A todos nos preocupa no solo la muerte sino el modo cómo vamos a morir. Sentimos rechazo al dolor y nos afecta el sufrimiento de los seres queridos, especialmente si es un dolor que deriva en una dura agonía. Tenemos una medicina muy tecnificada que ha permitido en muchas ocasiones prolongar los años de vida, sin asegurar una adecuada calidad de la misma. Esta situación ha avivado el debate sobre la eutanasia, que etimológicamente significa "buena muerte". Pero, en el debate sobre el final de la vida, es importante ser precisos en el lenguaje. Especialmente se han utilizado términos como "muerte digna", para defender la eutanasia, cuando una muerte digna debiera implicar el derecho de acceder a unos adecuados cuidados paliativos, que alivien el sufrimiento. Hay que distinguir entre una "muerte digna humanizadora", que busca rodear los momentos de la muerte de una verdadera humanización de la medicina, y la "eutanasia", cuyo objeto es causar la muerte a un ser humano para evitarle sufrimiento.

Vamos a aclarar diversos conceptos sobre el final de la vida: *eutanasia, suicidio asistido, limitación del esfuerzo terapéutico, obstinación terapéutica, rechazo de tratamiento y sedación paliativa.*

Eutanasia

Entendemos por eutanasia "la actuación cuyo objeto es causar la muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos a petición de este por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna". La eutanasia debe realizarse por *petición expresa y reiterada en el tiempo* e informada al paciente en situación de capacidad. Debe ocurrir en el *contexto de sufrimiento por una enfermedad incurable*; y se realiza por profesionales sanitarios que conocen al paciente y mantienen con él una relación clínica significativa. La

eutanasia siempre es activa y directa (produce la muerte) y voluntaria (por deseo del paciente).

Cuando, en el mismo contexto que en la eutanasia, el médico se limita a proporcionar al paciente los medios imprescindibles para que sea el mismo quién se produzca la muerte, se habla de suicidio médicamente asistido o **suicidio asistido**.

El *Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial* (OMC, 1999), art. 27.3, dice: "El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste".

► **Catecismo de la Iglesia Católica** (n. 2277): "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 o 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 misma 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 y excluir siempre".

Obstinación terapéutica

La obstinación terapéutica, también denominada "encarnizamiento o ensañamiento terapéutico", designa la actitud del médico con tratamientos y cuidados que solo buscan prolongar la supervivencia, sin obtener beneficio al enfermo y sólo sirven para prolongar su agonía inútilmente, sin dejar que la naturaleza siga su curso. Esta actitud es consecuencia de un exceso de celo mal fundamentado de tratar de evitar la muerte a toda costa, sin renunciar a ningún medio, ordinario o extraordinario, proporcionado o no, aunque eso haga más penosa la situación del moribundo.

► La "obstinación terapéutica o encarnizamiento terapéutico" es gravemente inmoral. Y nos lleva a considerar otro concepto médico fundamental: la "limitación del esfuerzo terapéutico".

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)

La limitación del esfuerzo terapéutico es retirar, o no iniciar, medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que en la situación concreta del paciente son inútiles o fútiles, ya que sólo conseguirían prolongarle la vida, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. Así, cuando la administración de sustancias nutrientes y líquidos fisiológicos no resulte de algún beneficio al paciente, la administración puede ser suspendida. Cuando se limita el esfuerzo terapéutico no se busca producir la muerte sino no prolongar una agonía inútil. La LET permite la muerte pero no la causa.

► La LET es una práctica ética y moralmente correcta. Se apela a la conciencia y a la prudencia del médico que debe rechazar la actitud de obstinarse en prodigar unos medios que ya son inútiles y, en todo caso, respetando la voluntad del propio enfermo moribundo, si está en condiciones de manifestarla. El **testamento vital**, del que hablaremos después, puede facilitar la decisión adecuada en estos momentos difíciles.

Rechazo de tratamiento

En el rechazo de tratamiento es el mismo paciente quién toma la decisión. Es legítimo que un enfermo moribundo prefiera esperar la muerte sin poner en marcha un dispositivo médico desproporcionado a los insignificantes resultados que de él se puedan seguir; como es legítimo también que tome esta decisión pensando en no imponer a su familia o a la

colectividad unos gastos excesivamente gravosos. (No confundir esta actitud con una actitud favorable a la eutanasia por razones socio-económicas; existe una diferencia absolutamente esencial: la que va de la aceptación de la muerte inevitable a su provocación intencionada).

El rechazo del tratamiento forma parte de lo que supone el consentimiento informado. Las decisiones autónomas de los pacientes pueden ser de aceptación o de rechazo de las pruebas diagnósticas o tratamientos indicados por los profesionales como más beneficiosos para su situación clínica.

La situación de incapacidad del paciente, no anula su derecho a rechazar un tratamiento. En este caso, es el "consentimiento por representación", en el que un representante legal o personas con vínculos familiares o de hecho con el paciente, toma las decisiones en lugar del paciente incapaz. Este representante velará por realizar los deseos expresos del paciente y si estos no son conocidos, lo que probablemente habría preferido.

El *Código de Ética y Deontología Médica Colegial* (OMC 1999), art. 12,2, dice: "El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica".

► **Catecismo de la Iglesia Católica** (n. 2278): "La interrupción de los tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el *encarnizamiento terapéutico*. Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o si no por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente".

Sedación paliativa

La sedación paliativa es la administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas pertinaces que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento informado o expreso (que no tiene por qué estar firmado), o si esto no es posible, con el de su familiar o representante. Se denomina **sedación terminal**, o sedación en agonía, cuando se administra a un paciente cuya muerte se prevé muy próxima porque está entrando en fase de agonía. Es una práctica clínica que si se realiza conforme a las indicaciones clínicas y prescripciones técnicas, contando con el consentimiento, no difiere de cualquier otra actuación médica.

Lo que hace aparentemente especial esta actuación es que uno de sus posibles efectos secundarios es poder contribuir a cortar el tiempo de vida del paciente. Es importante la intencionalidad. Según el "principio moral del doble efecto", cuando una actuación determinada tiene dos posibles efectos, uno positivo y otro negativo, si la persona actúa buscando intencionadamente el efecto positivo pero como consecuencia de ello se produce además, de manera no buscada, el negativo, la actuación es moralmente correcta. El efecto de la muerte no debe ser nunca la intención del médico, sino un posible efecto adverso colateral, no buscado ni deseado, de la medicación.

El *Código de Ética y Deontología Médica Colegial* (OMC) de la 1999, artículo 36.1, dice: "El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida".

► **Catecismo de la Iglesia Católica** (nº 2279): "Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con

riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a 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”.

El testamento vital

El testamento vital es la **expresión escrita** de la **voluntad de un paciente sobre los tratamientos médicos que desea recibir**, o no está dispuesto a aceptar, **en la fase final de su vida**. El testamento vital también especifica que se administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos, pero que no se aplique la eutanasia. Además se solicita una **atención espiritual**.

Hay que asegurar que dicho documento tenga valor jurídico, inscribiéndolo en el Registro de voluntades vitales de la Comunidad autónoma. La Conferencia Episcopal anima a firmar el **testamento vital**. Más información en www.conferenciaepiscopal.es (*Nuevo texto del Testamento vital*).

Una aclaración final: Legalidad y moralidad

La eutanasia, en algunos supuestos puede ser *legal* (regulada por una ley promulgada por el Estado) pero siempre será *inmoral* ya que atenta contra principios básicos de la moralidad, como la dignidad de la persona y el derecho y protección de la vida, desde su inicio hasta el final. Un creyente está invitado a promover con su testimonio personal y con sus opiniones, públicas y privadas, el valor inviolable de la vida.

La consulta a personas preparadas y de confianza sobre las dudas que pueden surgir a la hora de tomar una decisión sobre sí mismo o sobre personas queridas, en estos momentos finales de la vida, puede aliviar nuestra conciencia.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Aclarados los conceptos básicos, respondemos a preguntas que podemos hacernos ante la propia enfermedad o la de un ser querido, si se tiene conciencia de estar en los momentos finales de la vida.

1. ¿El dolor y la muerte forman parte de la vida humana?

El dolor y la muerte forman parte de la vida humana desde que nacemos en medio de los dolores de parto de nuestra madre hasta que morimos causando dolor a los que nos quieren y sufriendo por el propio proceso que lleva a la muerte.

El dolor - físico o moral - está presente de forma habitual en todas las biografías humanas: absolutamente nadie es ajeno al dolor. Así lo acreditan la experiencia personal de cada uno de nosotros y la literatura universal, en la que la experiencia del dolor es no sólo motivo de inspiración, sino objeto de reflexión constante.

La muerte es el destino inevitable de todo ser humano, una etapa en la vida de todos los seres vivos que - quierase o no, guste o no - constituye el horizonte natural del proceso vital. La muerte es la culminación prevista de la vida, aunque incierta en cuanto a cuándo y cómo ha de producirse; y, por lo tanto, forma parte de nosotros porque nos afecta la de quienes nos rodean y porque la actitud que adoptamos ante el hecho de que hemos de morir determina en parte cómo vivimos.

El dolor y la muerte no son obstáculos para la vida, sino dimensiones o fases de ella. Obstáculo para la vida es no admitir la naturalidad de estos hechos constitutivos de toda vida sobre la tierra.

2. ¿Hay que huir del dolor?

Todo ser humano huye por instinto del dolor y de cuanto cause sufrimiento, y esta actitud es adecuada a su propia constitución natural, ya que está creado para ser feliz y, por tanto, reacciona con aversión ante lo que atente a su felicidad. El rechazo de lo doloroso, de lo que causa sufrimiento, es, en consecuencia, natural en el ser humano. Y, por ello, este rechazo es justo y no censurable.

Sin embargo, convertir la evitación de lo doloroso en el valor supremo que haya de inspirar toda conducta, tratar de huir del dolor a toda costa y a cualquier precio, es una actitud que acaba volviéndose contra los que la mantienen, porque supone negar de raíz una parte de nuestra realidad humana. Y este error puede llevar fácilmente a cometer injusticias y actos censurables por antihumanos, aunque pueda parecer superficialmente otra cosa. Así, en el momento de la agonía, y ante los dolores que pueden preceder a la muerte, convertir la ausencia del dolor en el criterio preferente y aun exclusivo para reconocer un pretendido carácter digno de la muerte puede llevar a legitimar homicidios -bajo el nombre de eutanasia- y a privar a la persona moribunda del efecto humanizador que el mismo dolor puede tener.

3. ¿Es natural el miedo a morir?

Es natural tener miedo a morir. La explicación bíblica de la muerte como consecuencia del pecado y, por tanto, como elemento ajeno a la naturaleza primigenia del hombre, encaja perfectamente con la psicología personal y colectiva que acredita una resistencia instintiva ante la muerte. Pero la muerte es un hecho incontestable y un ser humano adulto ha de aceptarla como tal, pues de lo contrario se situaría contra su propia realidad.

Sobre todo nos preocupa el **modo de morir**: es natural sentir miedo a una muerte dolorosa, como es natural tener miedo a una vida sumida en el dolor. Pero si esta aversión se lleva al extremo, se convierte la huida del dolor en un valor absoluto, ante el cual todos los demás han de ceder. El miedo a un modo de morir doloroso y dramático puede llegar a ser tan intenso que, al anular todos los demás valores, puede conducir a desear la muerte misma como medio de evitar tan penosa situación. Este es, de hecho, el principal estímulo para quienes preconizan la aceptación legal y social de la eutanasia. Sin embargo, la experiencia demuestra que cuando un enfermo que sufre pide que terminen con su vida, en realidad está pidiendo casi siempre que le alivien sus padecimientos, tanto los físicos como los morales: la soledad, la incomprensión, la falta de afecto en el trance supremo. Cuando el enfermo recibe alivio físico y consuelo psicológico y moral, en la mayoría de los casos deja de solicitar que acaben con su vida.

4. ¿Una muerte dolorosa o un cuerpo muy degradado justificarían una muerte rápida y "dulce", producida cuando cada uno dispusiera?

En su naturaleza última, el dolor y la muerte encierran un misterio, que no es otro que el misterio del mismo ser humano puesto en esta tierra; es también el misterio de la libertad y del amor, que son realidades vivas e íntimas, aunque intangibles, y que no encuentran explicación suficiente en la física o la química. El dolor y la muerte no son criterios aptos para medir la dignidad humana: el dolor y la muerte serán dignos si son aceptados y vividos por la persona; pero no lo serán si se instrumentalizan para atentar contra esa persona.

Una muerte digna no consiste sólo en la ausencia de tribulaciones externas, sino que nace de la grandeza de ánimo de quien se enfrenta a ella. Es claro que, llegado el momento supremo de la muerte, el protagonista de este trance ha de afrontarlo en las condiciones más llevaderas posibles, tanto desde el punto de vista del dolor físico como también del sufrimiento moral.

Los analgésicos y la medicina paliativa por un lado, y el consuelo moral, la compañía, el calor humano y el auxilio espiritual, por otro, son los medios que enaltecen la dignidad de la muerte de un ser humano que siempre, aun en el umbral de la muerte, conserva la misma dignidad.

5. ¿Existen unos derechos del enfermo moribundo?

Ciertamente. El derecho a una auténtica muerte digna incluye:

- El derecho a no sufrir inútilmente.
- El derecho a que se respete la libertad de su conciencia.
- El derecho a conocer la verdad de su situación.
- El derecho a decidir sobre sí mismo y sobre las intervenciones a que se le haya de someter.
- El derecho a mantener un diálogo confiado con los médicos, familiares, amigos y colaboradores.
- El derecho a recibir asistencia espiritual.

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

6. Y estos derechos ¿pueden legitimar alguna forma de eutanasia "pasiva" (por omisión)?

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

- Aceptar que se ensayen en él medicaciones y técnicas en fase experimental, que no están libres de todo riesgo. Aceptándolas, el enfermo podrá dar ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad.

- Rechazar o interrumpir la aplicación de esos remedios extraordinarios.

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

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

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

Frente al dolor físico, el profesional de la sanidad ofrece la analgesia; frente a la angustia moral, ha de ofrecerse consuelo y esperanza. La deontología médica impone, pues,

los deberes positivos de aliviar el sufrimiento físico y moral del moribundo, de mantener en lo posible la calidad de la vida que declina, de ser guardián del respeto a la dignidad de todo ser humano.

7. El sacramento de la Unción de enfermos

Es uno de los siete Sacramentos de la Iglesia destinado a reconfortar a los que están probados por la enfermedad.

Catecismo de la Iglesia Católica (cf. nn. 1514-1520): "La Unción de los enfermos no es un sacramento sólo para aquellos que están a punto de morir. Por eso, se considera tiempo oportuno para recibirlo cuando el fiel empieza a estar en peligro de muerte por enfermedad o vejez".

Este sacramento otorga al cristiano un don particular del Espíritu Santo, mediante el cual recibe una gracia de fortalecimiento, de paz y de valor para vencer las dificultades propias del estado de enfermedad grave o de fragilidad de la vejez. Es aconsejable recibir este sacramento en enfermedad grave, vejez o peligro, como puede ser el de una operación quirúrgica grave, pudiendo reiterarse aún dentro de la misma enfermedad si ésta se agrava. No debe retrasarse este sacramento para cuando el enfermo está ya privado de su consciencia.

Como todos los sacramentos, la Unción de enfermos se celebra de forma litúrgica y comunitaria, bien en la familia, en el hospital o en la iglesia, para un solo enfermo o para un grupo de enfermos. Las parroquias suelen celebrar comunitariamente la Unción de enfermos en la *Pascua del enfermo*, en el VI domingo del Tiempo Pascual.

CONSIDERACIÓN FINAL

Incluso cuando no es posible curar, siempre es posible cuidar, siempre es posible consolar, siempre es posible hacer sentir nuestra cercanía. Cuando una persona pide que "se le ayude a morir", en la mayoría de los casos, esta persona está expresando que no quiere tener dolor, quiere sufrir menos, eliminar su angustia, no estar solo; en definitiva: lo que quiere es no "vivir así".

La Medicina no debe precipitar la muerte con la eutanasia, ni prolongar la agonía con la obstinación terapéutica, sino que apoyará al enfermo en todo lo que necesite con unos cuidados paliativos para que muera con dignidad. La promoción de los Cuidados Paliativos de alta calidad, que cubran el aspecto científico técnico y el cuidado humano y emocional del paciente, se ha convertido en una credencial de buena atención sanitaria de un país. La sociedad debe manifestar expresamente su agradecimiento al personal sanitario que con entrega y dedicación cuida de los miembros más débiles de la comunidad.

"A aquellos que se hacen cargo del enfermo, la escena de la Cruz proporciona un elemento adicional para comprender que también cuando parece que no hay nada más que hacer todavía queda mucho por hacer, porque el *estar* es uno de los signos del amor, y de la esperanza que lleva en sí. El anuncio de la vida después de la muerte no es una ilusión o un consuelo sino una certeza que está en el centro del amor, que no se acaba con la muerte" (Carta *Samaritanus bonus*).

En la vida y en la muerte somos del Señor (Rom 14,8). Esta exhortación de Pablo nos alienta a afrontar la vida y el final de la misma, y el consiguiente dolor que comporta, con una mirada de fe, que alienta nuestra esperanza y fortalece nuestra caridad. Afrontar la muerte con dignidad puede ser un testimonio cristiano muy evangelizador.

*Parroquia de San Pedro.
Alfonso Crespo Hidalgo*