



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

# Introducción

Angel Rodríguez G.  
Profesor Adjunto Asociado  
Programa de Estudios Médicos Humanísticos  
Pontificia Universidad Católica de Chile

El actual número 12 de Ars Medica, a diferencia de la mayoría de los anteriores, no tiene una única monografía, sino que está dedicado a dos amplios temas de actualidad, sobre todo en Chile: La eutanasia y la humanización de la salud.

Ars Medica, desde su nacimiento, ha querido interpretar los signos de los tiempos, anticipándose, en la medida de lo posible, a los problemas más profundos que afectan a la humanización de la salud y que revisten, a su vez, un fuerte carácter humano, social y espiritual.

Este número fue pensado, en un primer momento, por el Comité Editorial como única monografía dedicada a la humanización de la salud. En el periodo de su elaboración ha ido apareciendo cada vez con más intensidad el tema de la eutanasia, tanto a nivel político como en los medios de comunicación.

Ante la confusión que ha creado el tema de la eutanasia en la población, el Comité Editorial ha creído importante ayudar con este número a esclarecer el campo. La experiencia de los médicos de nuestra Institución coincide con el hecho experimentado de que los enfermos terminales quieren vivir, no morir. Cuando el enfermo grita que se quiere morir por el dolor que está padeciendo, la solución no es matarlo, como se pretende con la eutanasia, antes bien, el Estado tiene que preguntarse qué es lo que no está haciendo por ese enfermo hasta el punto de hacerle desear su propia muerte. Me centro solamente en el aspecto del dolor insoportable, porque los otros aspectos como son la economía, los excesivos gastos de una enfermedad

terminal o el rechazo de la propia imagen a que la enfermedad va reduciendo el cuerpo de la persona no son elementos contemplados en la ley de la eutanasia, por ejemplo, en Holanda.

Es por esto que he dirigido esta introducción más bien a la eutanasia que a la humanización de la salud, no obstante ser dos los temas, si bien complementarios, que aborda este número. Las razones del porqué, aparte de la expuesta anteriormente que plantea la urgencia del tema, es resaltar algunos aspectos de la eutanasia, que si bien algunos de ellos son tratados en los artículos que componen el tema, no lo hacen desde este ángulo.

La pregunta justa del Estado y de todo médico en general, pregunta que tiene que reflejar su preocupación real por el que sufre, tiene que ser: ¿qué le ha pasado a nuestra actividad médica, cuál es el grado de deshumanización que está viviendo, hasta el punto de que el juramento que un día hizo de estar siempre por la vida y al servicio de la vida hoy se convierta en instrumento de muerte? Esto es lo que a mi parecer es urgente solucionar.

No se trata tampoco, si se está buscando el bien integral del paciente, de alargar la hora de la muerte innecesariamente, entrando en lo que se ha venido a llamar un encarnizamiento terapéutico. No es lo mismo, ciertamente, alargar la vida que alargar la muerte. Cuando el diagnóstico confirmado por el grupo de médicos tratantes de ese paciente indica que la vida está llegando a su fin, el equipo de salud tiene que hacer todo el esfuerzo posible para que ese paciente muera con la dignidad que toda persona, siendo sagrada para toda otra persona, tiene en sí misma. Este sagrado respeto por su vida nos tiene que llevar a que no padezca dolor alguno o el menor posible, aplicándole todos los remedios que la ciencia ponga a nuestro alcance. Es también importante que muera rodeado de los suyos, en el hogar que construyó y guiado por la fe y la esperanza en la religión que profesó durante toda su vida. No parece muy digno morir en el hospital a las tres de la mañana, conectado a un respirador, solo, sin el acompañamiento de los seres queridos. La esperanza es elemento fundamental, sea a nivel racional como necesidad intrínseca a la curación, sea en su dimensión sobrenatural como encuentro real con el Dios que dio significado, dirección y sentido a su vida.

Siempre han existido suicidios en la historia y en los modos más variados, motivados por trastornos mentales o físicos o por el agobio que pueden producir algunos problemas sociales o familiares graves, así como tantos otros motivos de desesperación, pero lo que no se entiende es por qué los Gobiernos carguen esta tremenda responsabilidad del suicidio asistido (eutanasia activa) sobre las espaldas de la medicina que por naturaleza, fin y juramento es por la vida y al servicio de la vida. Una ley que permite al enfermo en fin de vida pedir el suicidio asistido a su médico tratante convierte a éste en un asesino legal. Hay que preguntarle a ese médico si después que mató a su paciente le son de consuelo en su vida moral aspectos como la piedad por el que sufre o el hecho de que tuvo una muerte digna. ¿No se le está obligando de alguna manera a que responda como los nazis en la última guerra mundial: yo soy un mandado? ¿Esta respuesta ha satisfecho a alguien que haya vivido o conocido las atrocidades de los crímenes perpetrados en esa guerra? ¿Se puede anestesiar realmente la conciencia de un juez en los tiempos de una dictadura que, en razón de los intereses de la misma, haya decidido la muerte de varios inocentes y después haya concluido sencillamente yo era un mandado? ¿Cómo puede el médico en su vida espiritual transformar este hecho y convivir sanamente con él? ¿O es que acaso no existe el síndrome posaborto, padecido por tantas mujeres que antes o después toman conciencia de haber matado a su propia criatura? Todas estas preguntas esconden muchos males. Estos se evitan con el solo hecho de aceptar que el morir en forma digna no puede consistir en pedirle a alguien que me mate por miedo al dolor, sino precisamente que me cure, que me aplique las medicinas necesarias para no padecerlo aunque el aumento de las dosis para evitarlo pudiera provocar la muerte por depresión respiratoria como explicaremos más adelante.

La Congregación para la Doctrina de la Fe en su Declaración sobre la eutanasia del 5 de mayo de 1980 define la eutanasia como “una acción o una omisión que por propia naturaleza o en su intención procura la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”.

Algunos defienden la eutanasia con argumentos como el de la pobre calidad de vida, y piensan que en algunas circunstancias vivir es peor que morir, debido a que el sufrimiento causado por la enfermedad es tan insoportable que la muerte puede parecer hasta un acto humanitario, considerando incluso racional que el médico ayude al suicidio como una forma de morir con dignidad. Para otros, morir con dignidad significa morir sin dolor por intervención médica

directa o suicidio asistido. Cualquier muerte que sea acompañada por el sufrimiento es considerada como indigna en la mentalidad de la sociedad de hoy.

En este argumento *de la pobre calidad de vida* se confunde el valor de la calidad de la vida con la calidad que la vida tiene. La vida humana tiene desde su concepción hasta su muerte siempre el mismo valor ontológico intrínseco. En lo que se refiere al proceso integral de la vida humana, no hay nada más que dos instantes que fijan el inicio y fin de toda vida humana, la concepción y la muerte, todos los demás instantes de ese proceso pertenecen a la vida de la especie humana y gozan de la misma dignidad intrínseca, singular y personal. Entonces, la buena salud no puede dotar de dignidad a la vida humana, ni tampoco la mala salud, quitársela. La dignidad no desaparece ni con la vejez ni con la enfermedad. Antes bien, juzgamos que una persona vivió y murió con honor cuando supo escanciar su vida hasta la última gota y en ningún instante perdió su dignidad. Esto no tiene que ver tanto con el deteriorado estado de su cuerpo cuanto con las expresiones de bondad, de integridad, de honestidad, de heroísmo y en general de virtud que emanan de su conducta y que son más admirables precisamente porque el paciente se encuentra en un estado de suma fragilidad. El morir con dignidad ha de entenderse entonces como un derecho a morir en un entorno digno del ser humano, así como el derecho a que no se le prolongue la vida por medio de una tecnología que ya no puede curar su mal.

Hay varios argumentos más que esgrimen los defensores de la eutanasia, entre ellos el respeto a la autonomía del enfermo en fin de vida. Esto hace referencia al principio de autonomía, por el que el paciente tiene derecho a decir la última palabra y a decidir libremente, sin presiones, sobre qué hacer con su vida. Esto incluye naturalmente el proceso de la muerte y la elección sobre su propio destino. De tal forma que se propone el derecho, para unos de no tener que soportar un sufrimiento intolerable y para otros de no tener que pasar ni siquiera por él. Lo que está en juego es el ejercicio de una libertad absoluta que le permita a la persona tomar las decisiones que quiera respecto de su vida y de su muerte. Cuando un principio, como el de autonomía, se convierte en absoluto, todos los demás naturalmente se convierten en relativos y entonces se dan estas situaciones: 1. Derecho a cometer suicidio sin ninguna restricción respecto a la forma como uno puede ejercer este derecho. 2. El Estado no dispondría de ningún derecho con el que privar al paciente del ejercicio de su libertad para quitarse la vida. 3. El paciente asume, a través del ejercicio de este derecho absoluto, que otro venga en su ayuda para quitarle la vida y esto porque el enfermo en fin de vida podría no tener las fuerzas suficientes para ejercer la opción del suicidio. 4. Como consecuencia, sería relajante para muchos pacientes saber que en el momento que existiera un dolor insoportable, alguien podría intervenir quitándole la vida.

Dos cosas llaman nuestra atención al reflexionar sobre este principio: La primera es que se supone al paciente con una autonomía tal capaz de tomar decisiones libremente como la del propio suicidio, sea este realizado por uno mismo o asistido por otro, cuando la realidad nos dice que en esas condiciones un paciente puede estar pidiendo la muerte por una deficiente atención médica y paliativa en general. Es difícil tener una conciencia clara en estas condiciones para tomar decisiones justas. La segunda es que no existe en la realidad una autonomía absoluta hasta tal punto de no considerar la opinión de mis seres más queridos, por ejemplo, como tampoco existe una autonomía que me convierta en propietario comercial de mi vida rechazando mi constitutividad espiritual por la que Dios, definiéndome, se convierte en depositario último de mi destino. Si este hecho no se diera, aunque sea en forma elemental en la conciencia humana, poco

importaría el esfuerzo que estamos haciendo, unos por defender la vida y otros por procurarse la muerte. Y finalmente, tampoco puede el paciente terminal en razón de su supuesta autonomía absoluta, convertir en asesino a su médico tratante, pues también este tiene una conciencia tan frágil como la del paciente, que tiene que ser respetada.

Estos dos argumentos han sido centrales en favor de la eutanasia. Hay otros como la compasión por el que sufre o la no diferencia moral existente entre matar y dejar morir y también el principio del doble efecto. En lo que se refiere a la compasión por el que sufre, no puede consistir en matarlo, sino en acompañarlo con todos los medios al alcance para que tenga una muerte digna. Esta desviación al concebir la compasión se puede extender a otros campos como, por ejemplo, no ir a visitar nunca a un enfermo terminal, porque se prefiere recordarlo como era antes de que iniciara el proceso degenerativo de la enfermedad, con lo cual el enfermo moriría solo y a esto lo llamaríamos compasión.

En lo que se refiere a la no diferencia moral entre matar y dejar morir a menudo en el diálogo existe una confusión entre la eutanasia pasiva y la eutanasia por omisión. La última lleva consigo responsabilidad moral, pero no la primera, ya que la muerte natural no es un homicidio y por tanto no es ni ilegal ni inmoral y no está sujeta a responsabilidad.<sup>1</sup>

Existe una relación especial entre el médico y el enfermo. Una omisión, si resulta en daño, puede traer responsabilidad legal. Si un enfermo competente se niega a recibir un tratamiento o a continuar con un tratamiento, el efecto legal es que el médico es absuelto de su deber de tratar al enfermo por el enfermo mismo. El médico deja de tratar al enfermo y la muerte resultante es causada por la enfermedad que tiene el enfermo. El médico, por lo tanto, no mata al enfermo, sino que deja que se muera. No puede ser prohibida la aceptación voluntaria de una muerte que la intervención médica sólo puede posponer ya que no hay posibilidad de curación<sup>2</sup>.

Cuando una persona desconecta la ventilación mecánica de soporte vital sin autorización, está claro que causa la muerte del enfermo, pero cuando un médico sigue las directrices del enfermo de desconectar la ventilación mecánica cuando no hay esperanza de curación, no actúa equivocadamente, ya que no tiene el deber de continuar el tratamiento en contra del deseo del enfermo, aun cuando su acción está causalmente relacionada con la muerte resultante del enfermo. Además, el derecho a poder negarse a un tratamiento médico está basado en el derecho a resistirse a invasiones físicas que sean consideradas desproporcionadas, no en el derecho a acelerar la muerte, el cual no existe. Un tratamiento ineficaz ya no produce ningún beneficio al enfermo, sino más bien daño<sup>3</sup>.

Por otro lado, nuestro conocimiento de una realidad empírica es siempre aproximado, probable. No podemos pedir al médico un grado absoluto de certidumbre en sus decisiones. Por lo tanto, el enfermo está también en su derecho de continuar con un tratamiento que es considerado ineficaz, ya que no existe una certeza absoluta.

En lo que se refiere, finalmente, a que el principio del doble efecto es una forma de eutanasia activa hay que decir que a los médicos se les permite dar dosis en aumento de narcóticos cuando el dolor es severo o al menos se presume, siempre que la intención sea aliviar el sufrimiento, a sabiendas de que estas drogas pueden afectar la respiración y acelerar la muerte<sup>4</sup>. El acelerar la

muerte por intervenciones paliativas de manejo del dolor en pacientes terminales es aceptado ética y legalmente siempre que la intención del médico sea aliviar el dolor y otros síntomas y no el producir la muerte 5. Es frecuente que los enfermos graves de tumor presenten dolor intenso, dificultad para respirar, o síntomas como ansiedad, agitación, confusión mental, etc. Para el manejo de estos síntomas es necesario, muchas veces, usar drogas, como la morfina, que pueden producir una baja en la presión arterial o una depresión respiratoria, u otros fármacos que reducen el grado de vigilia o incluso privan al paciente de su conciencia 6.

Es necesario aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir, en el caso que se presenten dichas complicaciones, para evitar sufrimientos innecesarios al paciente y por otro no involucrarse precipitadamente en cursos de acción que conducirían a intervenciones desproporcionadas.

Salvo casos de “grave objeción de conciencia” sería éticamente reprobable abandonar a un paciente porque este rechaza determinadas terapias, aun cuando el médico considere que ese rechazo es inadecuado. Permaneciendo junto a su paciente y estableciendo una forma de comunicación empática podrá, tal vez, hacer que este recapacite.

Ha llegado a rechazarse tanto el dolor, que se acepta más la muerte que el dolor o el sufrimiento. El sufrimiento, sin embargo, da lugar a una experiencia espiritual y se puede encontrar significado a la vida que queda cuando uno se enfrenta a una enfermedad que no tiene curación 7. La espiritualidad fortifica a la persona que sufre y la capacita para aceptar la condición en que se encuentra. El dar sentido al sufrimiento da sentido a una vida sufriente que tiene poca capacidad para relacionarse.

## Referencias

1 Rodríguez Guerro, A. y Rodríguez Yunta, E. Antropología y cultura médica contemporánea. Ed. UTPL. Loja (Ecuador) 2004. pág. 186-198.

2 *Ibíd.*

3 Ver Jonsen, A.R. “Clinical Decisions to Limit Treatment.” *Annals Internal Medicine* (1980) 93: 764-768.

4 Ver McKhann, C. F. “Is There a Role for Physician-Assisted Suicide in Cancer? Yes.” *Important Advances in Oncology* (1996). V. T: De Vita, S. H. Hellman, and S. A. Rosenberg (Eds.). Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, pág. 272.

5 Esto ha sido afirmado por el Magisterio (*Evangelium Vitae* III, 65).

6 *Ibíd.*

7 “El sufrimiento es una llamada a manifestar la grandeza moral del hombre, su madurez espiritual” (*Carta Apostólica Salvifici Doloris* VI, 28).