

## ASPECTOS ETICOS EN LA ATENCION A LAS PERSONAS MAYORES

Marije Goikoetxea Iturregui

### 1. INTRODUCCIÓN

La incorporación de la ética asistencial a la atención geriátrica comienza a convertirse en necesaria para considerar a esta una asistencia de calidad. La incorporación de los valores junto a los hechos objetivos es la que asegura que dicha asistencia preserva la dignidad de cada uno de los ancianos que son asistidos en el ámbito sanitario o social.

Sin embargo, en la actualidad nos encontramos en una situación de pluralismo moral en la que no es fácil llegar a acuerdos sobre qué se debe y qué no se debe hacer en la asistencia a los ancianos.

La bioética ha elaborado una metodología que puede ayudar a determinar cuáles son los mínimos éticos exigibles a cualquier sujeto (profesional, voluntario, político, gestor, etc...) en la asistencia a las personas mayores.

Dicha metodología ha sido desarrollada en nuestro medio por el profesor Diego Gracia Guillén y tiene tres pasos o momentos:

Paso 1: Principio formal universal y absoluto (es decir vale para cualquier ser humano y debe respetarse siempre)

Todo ser humano debe ser tratado con igual consideración y respeto.

**Este principio está fundamentado en una concepción determinada del ser humano que es la que afirma que tiene dignidad y no precio, y que el respeto a la dignidad es una obligación moral absoluta.**

Paso 2: Principios materiales universales y no absolutos (es decir, valen para cualquier ser humano pero puede haber situaciones excepcionales en las que no es obligatorio cumplirlos)

No-maleficencia: Obligación de no lesionar con nuestras prácticas asistenciales la integridad física o psíquica de un usuario.

Justicia: Obligación de no discriminar a una persona en cuanto a los recursos que le corresponden

Autonomía: Obligación de respetar los valores, ideas, creencias,...y en definitiva el proyecto de vida de la persona usuaria.

Beneficencia: Obligación de hacer el bien a la persona según su propio proyecto de vida.

Paso 3: Valorar si, a la vista de las consecuencias esperables, se puede hacer alguna excepción a los principios del paso 2. Las excepciones deben de justificarse en virtud del principio del paso 1. Es decir, podremos en un momento realizar una práctica determinada que ponga a una persona mayor en riesgo de lesión (por ejemplo, permitirle vivir sólo a pesar de tener un grado

importante de deterioro) si es el mejor modo de respetar su dignidad y tratarle con consideración y respeto.

## **2. CONFLICTOS ÉTICOS MÁS FRECUENTES EN LA ASISTENCIA A LAS PERSONAS MAYORES.**

Si seguimos el esquema de los cuatro principios, explicado en el apartado anterior, los conflictos éticos más frecuentes en la asistencia socio-sanitaria a los ancianos son los siguientes:

**en relación al principio de justicia.**

- Discriminación socio-sanitaria del anciano. Ageísmo.
- Distribución de los recursos socio-sanitarios existentes
- Restricción de derechos en algunos tratamientos institucionales

**en relación al principio de no-maleficencia.**

- Abusos y malos tratos del anciano.
- Encarnizamiento terapéutico. Medidas desproporcionadas.
- Eutanasia y suicidio asistido
- Cuidados paliativos: alimentación artificial, sedación,...

**En relación al principio de autonomía.**

- Información, veracidad y Consentimiento.
- Intimidad, privacidad y confidencialidad
- Voluntades anticipadas, testamento vital.
- Valoración de la competencia del anciano para la toma de decisiones sanitarias.
- Ingresos y tratamientos involuntarios.

**en relación al principio de beneficencia.**

- Decisiones de sustitución y sus límites.
- Tutela y Curatela.

## **3. ABUSOS Y MALOS TRATOS AL ANCIANO.**

Recientemente, se ha comenzado a tener conciencia de que el anciano puede ser, y de hecho es, víctima de abusos y malos tratos por parte de sus cuidadores o de las personas que conviven con ellos.

Este descubrimiento ha planteado la necesidad de abordar el problema, cuantificando su magnitud, buscando sus causas y poniendo en marcha medidas preventivas y otras que minimicen sus consecuencias. En los años 90 aparece un documento importante: el informe del grupo de estudio del consejo de Europa sobre el tema de la violencia contra los ancianos, en la que participaron 22 países europeos. En nuestro medio, en el 2011, el Gobierno Vasco ha

realizado un estudio que muestra que en Euskado entre el 4 y el 8 % de los mayores están en situación de riesgo de maltrato.

### **Definiciones y tipos.**

Existe una primera y principal dificultad en los estudios sobre abusos en ancianos, cual es la de establecer una definición adecuada. La falta de uniformidad en los conceptos de los malos tratos al anciano ha complicado la identificación, la descripción y la conceptualización del problema.

La "Asociación Médica Americana" intentó una definición de consenso del abuso en 1987 como "todo acto u omisión que lleva como resultado un daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de una persona anciana". Esta definición incluye tres categorías esenciales de abuso: maltrato físico, abuso psicológico y abuso económico.

Siguiendo esta clasificación podemos encontrar los siguientes tipos de abusos:

- abusos físicos
- negligencia física
- abuso psicológico
- abuso económico.

### **Grupos de riesgo, e identificación del anciano maltratado.**

Probablemente como en cualquier otro ámbito de la asistencia socio-sanitaria, también en este "sólo se diagnostica aquello en lo que se piensa".

La identificación de un anciano maltratado no es fácil y requiere por parte del sanitario un alto índice de sospecha y de búsqueda. Lo primero es identificar los principales grupos de riesgo de abuso y/o negligencia familiar. La Asociación médica Americana tras numerosos estudios ha considerado que los principales grupos de riesgo son los siguientes:

- Ancianos que requieren numerosos cuidados y excederán en breve la capacidad familiar para asumirlos.
- Ancianos cuyos cuidadores expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir dicho papel y muestran pérdida de control de la situación.
- Ancianos cuyos cuidadores presentan signos de estrés.
- Ancianos que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar.
- Ancianos que viven en un entorno familiar perturbado por otras causas (paro, relaciones conyugales deterioradas...)

### **Atención del anciano maltratado.**

La meta de toda actuación cuando se han producido malos tratos va a ser minimizar el daño y obtener el máximo beneficio para la víctima. Ahora bien toda intervención requiere el consentimiento del paciente si este es competente para tomar una decisión. Mantener la independencia y autonomía del anciano es una de las metas de la geriatría. Sin embargo, en algunos casos no es posible respetar su decisión ( si el maltrato es grave) y se hace obligado institucionalizar al anciano.

En el Estado español, y en concreto en Euskadi existen servicios sociales en todos los pueblos y ciudades. Si un médico de atención primaria, secundaria o terciaria detecta malos tratos, debe ponerse inmediatamente en contacto con el trabajador social para tomar las medidas necesarias y si es preciso, requerir la intervención judicial.

El nuevo código penal, prevé penas de ocho a veinte fines de semana de arresto, por la falta de asistencia a familiares, ascendientes, padres o abuelos.

#### **4. AUTONOMIA Y COMPETENCIA EN PERSONAS MAYORES**

Quizá de los cuatro principios en los que se basa la bioética, el principio de autonomía sea el más difícil de manejar en la asistencia a las personas mayores. De que el anciano sea competente o no depende el que haya que tener en cuenta en las decisiones socio-sanitarias sus opiniones. Ello incide en la necesidad moral de pedir su consentimiento y previamente informarle ampliamente sobre su situación.

El principio de autonomía presupone que una persona tiene derecho a determinar qué es bueno para él, según su proyecto de vida, tras recibir una información adecuada.

Este principio viene limitado por una serie de excepciones recogidas en la propia legislación. Dichas excepciones son:

- a) situación de urgencia
- b) riesgo para terceros o para la salud pública.
- c) "privilegio terapéutico";
- d) incapacidad o incompetencia del paciente para decidir sobre ese aspecto de su vida..

Sabemos que la gran mayoría de los pacientes ancianos, pueden presentar déficits cognitivos que hacen que puedan ser considerados incompetentes para la toma de decisiones sobre su tratamiento o forma de vida. Sin embargo es necesario tener en cuenta los siguientes criterios previos a la determinación de la competencia de un anciano concreto para una decisión concreta.

- Es necesario esforzarse por atender la autonomía del paciente y por tanto es necesario saber valorar su competencia para tomar una decisión.
- La competencia hay que valorarla para cada situación y decisión precisa.

- Hay que evitar considerar incompetente a todo un colectivo en cuanto a un conjunto de decisiones.
- Hay que evitar considerar incompetente a alguien porque su decisión no coincide con la del responsable legal o el responsable sanitario correspondiente.
- La autonomía admite grados, no es un absoluto total. No se requiere el mismo nivel de competencia para decidir sobre un tratamiento que para decidir el modo de administrarlo.

### **El consentimiento informado y el anciano.**

Con la promulgación de la Carta de Derechos y Deberes de los enfermos en el artículo 10 de la ley general de sanidad de 1986, el "Consentimiento informado" ha entrado definitivamente en las relaciones asistenciales en nuestro país. Con él la autonomía del paciente cobra protagonismo en la relación clínica a la hora de decidir qué se debe hacer con su cuerpo enfermo.

El consentimiento informado se entiende como: un proceso gradual que se realiza en el seno de la relación profesional-usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del profesional una información suficiente y comprensible que le capacite para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto a su asistencia social y sanitaria. Esta participación permite al sujeto aceptar o rechazar determinadas acciones terapéuticas o cuidadoras, en función de los objetivos que él mismo establezca, sin menoscabo de los derechos de los demás.

Los elementos relevantes del Consentimiento Informado.

- \* Carácter de proceso: permanente estado de comunicación bidireccional, en el el profesional ofrece información, pautas y recomendaciones sobre lo que considera más adecuado y el paciente comenta sus impresiones, expresiones y decisiones sobre lo que él entiende que es lo mejor para él.
- \* Voluntariedad: el consentimiento sólo es válido si es libremente otorgado. Dos formas de quebrar la voluntariedad son la coacción (amenazas de daños, o coacción interna) y la manipulación (información sesgada)
- \* Información en cantidad suficiente sobre la naturaleza y objetivos del procedimiento terapéutico o asistencial, riesgos y efectos secundarios posibles, alternativas posibles y beneficios esperados. Los riesgos a informar deben ser los muy frecuentes y los muy graves. El paciente anciano normalmente no suele preguntar por ello es bueno insistirle en que pregunte todo aquello que no entienda.
- \* Información comprensible para el usuario, en lenguaje asequible para el paciente anciano, teniendo en cuenta que en muchos casos va a sufrir deterioros sensoriales.
- \* Capacidad: supone el lado operativo o funcional de la autonomía personal y supone ser apto para:

- . comprender de manera aceptable la información que recibe, la situación vital en que se encuentra, los valores que están en juego, los cursos de acción posibles con sus beneficios y sus riesgos y la petición de tomar una decisión;
- . procesar toda la información y tomar una decisión;
- . expresar y defender la decisión tomada de acuerdo a su escala de valores.

### **Voluntades anticipadas. Decisiones subrogadas.**

Parece conveniente conocer, cuando los ancianos son aún competentes, cuáles son sus valores y sus preferencias ante determinadas situaciones que pudieran ocurrir. Tanto más cuando el anciano está ingresado durante tiempo en una institución en la que se prevé continuará cuando su capacidad quede disminuida.

Las voluntades anticipadas son documentos que permiten a los ancianos con capacidad mental conservada hacer constar el tipo de procedimientos, médicos o de otro tipo, que desea recibir ante futuras eventualidades. Estas directrices pueden concretarse a través del denominado documento de voluntades anticipadas regulado en nuestra comunidad autónoma desde hace un año. En dicho documento también puede determinarse quien es la persona representante cuando el usuario ya no es capaz de decidir sobre su vida y sus cuidados.

### **5. PROBLEMAS ETICOS EN TORNO AL FINAL DE LA VIDA.**

Los cuidados y las decisiones al final de la vida de las personas mayores son probablemente el punto más discutido y la causa de mayor división en la ética médica actual. Hay varias razones para ello:

- La tecnología médica actual, es capaz de intervenir cada vez con mayor agresividad en los procesos de salud y enfermedad de las personas. El problema está en si todo lo técnicamente posible es lo éticamente aceptable.
- Existe una progresiva toma de conciencia de la autonomía de los pacientes, que cada vez más quieren decidir sobre su salud, su enfermedad y su muerte. En este sentido ha causado un gran impacto en la relación sanitaria la teoría del Consentimiento informado.
- El papel de los medios de comunicación social que hace que se propaguen por todo el mundo las noticias y debates en torno a cada petición de Eutanasia.

Los conflictos más frecuentes suelen darse en torno a las siguientes decisiones:

- Determinación de alimentación e hidratación artificial, y/o retirada de los mismos en situaciones de terminalidad
- Determinación de tratamientos vitales y/o retirada del mismo

- Diagnóstico de terminalidad o irrecuperabilidad en las personas con demencia
- Sedación, en concreto sedación profunda y definitiva en pacientes terminales.
- La eutanasia y el suicidio asistido.
- Toma de decisiones de sustitución: quien decide cuando el mayor no es capaz, su familia, los médicos...

Como hemos dicho la muerte es definida en la actualidad como el cese de todas las funciones cerebrales. La determinación del momento de muerte, como la mayoría de nuestras determinaciones o decisiones, es cultural y está tomada siguiendo criterios racionales y prudentes. Ello quiere decir a que dicha determinación no se le puede exigir certezas sino un alto, muy alto, nivel de probabilidad.

Sin embargo es habitual exigir a las decisiones morales y por tanto a las fundamentaciones y metodologías éticas que las sustentan que sean ciertas, es decir que podamos decir con rotundidad que aplicar determinada técnica o dejar de aplicarla para prolongar o acortar la vida está bien o mal con toda seguridad. Si no es así, rápidamente clasificamos al juicio moral como débil y al que lo hace como relativista moral.

Esta posición, que ya adelanto que yo no comparto, presupone dos cuestiones:

- que todo problema ético o moral que se nos suscite en el cuidado a otros o respecto a nosotros mismos al final de nuestra vida, debe tener una solución o un curso de acción posible que es el más correcto desde el punto de vista moral
- que esa solución es una y siempre la misma para ese conflicto.

Ello supone entender cada problema moral como un “dilema” que tiene una respuesta correcta que es universal y absoluta, es decir la misma cada vez que surja ese problema.

Otro modo de plantear las cosas es entender el caso o la situación como un “problema”, es decir como una cuestión abierta que no sabemos si seremos capaces de resolver ni de qué modo. De lo que se trata no es de elegir una solución de las que ya están previstas desde el principio, sino de crear o producir una respuesta adecuada. Para crearla o encontrarla, que es el objetivo, el procedimiento adecuado es la deliberación, que pretende incluir todas las perspectivas diferentes acerca de la comprensión del hecho, de modo que cada una de ellas aporte sus argumentos racionales y así se vaya modificando procesualmente la propia visión del proceso. La solución final adoptada consensuadamente difícilmente coincidirá con ninguna de las defendidas al comienzo del proceso.

Este procedimiento “deliberativo” supone aceptar que nadie posee la verdad absoluta por lo que es necesaria la reflexión colectiva, es más supone aceptar como un principio moral que es posible que yo no tenga la verdad. Indudablemente ello no nos asegura el conocimiento sobre cuál es nuestra responsabilidad moral, incluso es probable que podamos errar en nuestro juicio moral a pesar de haber reflexionado sobre todas las posibles orientaciones del problema, pero como dice Ross es la “única guía que poseemos para el cumplimiento de nuestra responsabilidad individual en circunstancias particulares”<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> W.D.Ross, *The Right and the Good*, Oxford:Clarendon Press,1930,p.42

El objetivo será por tanto ofrecer un procedimiento que posibilite una respuesta lograda a través de un proceso de deliberación que exige no una solución sino un “compromiso”, como dice el profesor Diego Gracia<sup>2</sup> por encontrar o crear una solución prudente para cada caso en cada circunstancia concreta.

### **Morir dignamente.**

Si aplicamos la fundamentación anterior al final de la vida podemos considerar que son *exigencias morales mínimas* y por tanto exigibles para cualquiera de nosotros o cualquier otro del que nos ocupamos al final de su vida las siguientes:

- La obtención de los recursos sociales y sanitarios establecidos como derechos en nuestro ámbito, independientemente de sus características personales. Los más claros son los recursos sanitarios, sean estos cuidados o tratamientos, dado que como hemos dicho la asistencia sanitaria es un derecho universal y gratuito. Aquí se enmarcan los tratamientos del dolor, las intervenciones de carácter paliativo, la asistencia psiquiátrica o de los profesionales de salud mental, los cuidados de enfermería en régimen de hospitalización o a domicilio, la asistencia domiciliaria siguiendo los criterios objetivos establecidos y que deben ser de conocimiento público, los translados a los servicios de urgencia...

La determinación de cuáles son los recursos socio-sanitarios a los que tenemos derecho al final de la vida debe realizarse siguiendo el binomio proporcionado-desproporcionado, que hace referencia al balance costo-beneficio esperado. Dicha determinación debe realizarla el político o gestor sanitario correspondiente, pero una vez determinados los cuidados o tratamientos que son proporcionados al final de la vida, cualquier persona tiene derecho a ellos si así lo requiere. No proporcionar a alguien que lo solicita dichos recursos, supone una discriminación social que será inmoral e ilegal.

- La aplicación de modo correcto de los diferentes tratamientos y la administración de los cuidados adecuados a la situación de la persona terminal. La determinación de cuáles son dichos tratamientos y cuidados, se realiza tras la valoración del binomio indicación-contraindicación, de modo que es exigible que los profesionales e instituciones realicen praxis asistenciales cuyos beneficios esperables sean mayores que los riesgos posibles derivados de su aplicación a la persona terminal o moribunda, o dicho de otro modo que no le generen lesiones físicas, psíquicas o sociales. Si no es así estaremos en una situación ilegal por delito de lesiones causado por imprudencia, impericia, negligencia o incluso en una situación de abuso y/o maltrato.

Por otro lado serán *exigencias morales máximas*, es decir exigibles siempre que no entren en contradicción con alguna de las anteriores, lo que puede producirse por ocasionar discriminación o lesión a la propia persona o a otra, las siguientes:

- El respeto a los valores, creencias y modos de ser propios de la persona que se está muriendo. Para ello será necesario que dicha persona pueda participar en las decisiones sociales y sanitarias sobre el final de su vida siempre que sea capaz para ello o lo haya determinado previamente cuando era capaz (voluntades anticipadas)

---

<sup>2</sup> Gracia, D. La deliberación moral

- El compromiso de terceras personas a procurarle, cuando el no sea capaz, aquellos cuidados o tratamientos que aseguren un modo de muerte digno y humanizado acorde a sus valores y creencias.

Estas cuatro exigencias morales de carácter general han sido concretadas en una serie de derechos recogidos en la siguiente declaración de derechos a una muerte digna:

- Conocer, si lo desea, la verdad sobre diagnóstico, pronóstico y tratamientos posibles (con riesgos y beneficios)
- Recibir, si lo desea, tratamientos curativos o beneficiosos
- Rechazar, si lo desea, todo tipo de tratamientos
- Recibir, si lo desea, los cuidados necesarios para vivir confortablemente su proceso de enfermedad y muerte
- Recibir tratamiento del dolor, alivio psicológico y apoyo espiritual
- Vivir, si lo desea, familiar y comunitariamente su proceso de enfermedad y muerte
- Escoger, si lo desea, el momento y forma en que se producirá la muerte

Si nos detenemos un poco en los derechos recogidos anteriormente, nos daremos cuenta que si queremos potenciar en nuestro medio que las personas podamos vivir el final de nuestra vida con la mayor dignidad posible, es necesario fomentar entre nosotros, tanto en los ámbitos privados (domicilios) como públicos (residencias, hospitales):

- El conocimiento de los valores, el modo de ser, las preferencias de la persona mayor terminal; para ello será necesario informar y hablar con el afectado si es posible, y si no con aquellos que le conocen, de su propia situación, de las alternativas posibles, de las consecuencias esperables de las mismas, del lugar donde le gustaría morir, etc. Sin duda, no nos resulta fácil a la mayoría hablar de estas cuestiones cuando la situación es ya muy comprometida, y además puede ser perjudicial para la persona afectada; por eso es aconsejable fomentar este tipo de conversaciones en situaciones previas, de manera que no se generen problemas graves por desconocimiento, o no coincidencia entre distintos familiares, o entre estos y los profesionales, etc.
- Informarnos de cuáles son los recursos disponibles a los que podemos acceder y cuáles de ellos son públicos y accesibles a cualquier persona: dónde están las unidades de cuidados paliativos y cuáles son los criterios para acceder a ellas, cuáles son los recursos sociales para el cuidado de personas dependientes, qué asociaciones existen que trabajan con personas terminales, etc.
- Conocer cuáles son las alternativas terapéuticas existentes y las consecuencias probables de las mismas. Las personas tenemos derecho a ser informados sobre los tratamientos y cuidados que se nos van a aplicar y a que estos sean indicados, es decir que sea mayor la probabilidad de que nos beneficien que la de que nos lesionen; La evaluación de los criterios terapéuticos es particularmente complicada al final de la vida de las personas. Tal y como se recoge en la FIG 1. las personas tenemos derecho a un tratamiento, incluso intensivo, siempre que nuestra situación no sea irreversible o terminal; sin embargo es inmoral la aplicación de tratamientos una vez diagnosticada una situación de irreversibilidad o terminalidad, pues en ese caso el riesgo o lesión producida por los mismos será mayor que el beneficio esperado de su aplicación (encarnizamiento terapéutico); en estos casos la estrategia adecuada y moralmente correcta, aunque no sea la que más alargue la vida, es

una estrategia de cuidados paliativos porque sólo tiene beneficios y no comporta riesgo de daños o lesiones.

En este apartado de la evaluación de las propuestas de cuidados o tratamientos terapéuticos, resulta especialmente difícil desde el punto de vista moral las decisiones sobre los tratamientos llamados de Soporte Vital y de Sedación profunda y definitiva.. Por ello trataré un poco más detalladamente la valoración moral de las decisiones sobre su aplicación.

## 6. NECESIDADES Y CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

### Concepto de necesidad. Necesidades de las personas en fase terminal

Existen diversos modelos de descripción y clasificación de las necesidades humanas. Puesto que en todo este trabajo hemos adoptado como marco la psicología humanista, tomaremos como referencia la propuesta de A. Maslow<sup>3</sup> que clasificó las necesidades humanas de modo jerarquizado en una pirámide de cinco pisos, desde las más básicas o instintivas, hasta las más “elevadas” o propiamente humanas: fisiológicas, seguridad, aceptación social, autoestima y autorrealización.

Es importante destacar, especialmente cuando tratemos de aplicar el modelo de Maslow a las personas mayores que viven el final de su vida, que para la mayoría de los seres humanos no es posible percibir una necesidad superior, si las más básicas no han sido satisfechas; así, difícilmente podrá una persona buscar conocimientos y comprensión de su situación si lleva una semana sin dormir. Esto ocurre con todas las necesidades llamadas de “déficit” que se sitúan en los cuatro primeros niveles, pero no parece tan claro con las necesidades de “ser” o de autorrealización. Parece que las personas somos capaces de decidir no satisfacer necesidades de déficit por razones de autorrealización o de sentido. En el caso de los enfermos terminales así aparece en muchas ocasiones.



La situación de enfermedad, y especialmente la de enfermedad terminal, pueden hacer emergir a la conciencia necesidades latentes concretas que la persona no había percibido como tales anteriormente e incluso pueden presentarse como necesidades nuevas. Ello se puede dar en todos los estratos. Podemos señalar de modo general (detallaremos más en los siguientes apartados) algunas que frecuentemente aparecen en los enfermos terminales:

- **N. fisiológicas:** ante la conciencia de un cuerpo limitado respeto a la intimidad y a la corporeidad, aprender a convivir con un cuerpo deteriorado o limitado, etc.
- **N. de seguridad:** ante la vivencia de dependencia confianza con y en el personal socio-sanitario, asunción de la incertidumbre, etc.

---

3 A. MASLOW , *Motivación y personalidad*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid 1991.

- *N. de amor y pertenencia*: ante la amenaza de perder presencia y solidaridad de los allegados, ser tratado afectuosamente por aquellos de quien se depende, etc.
- *N. de estima*: ante la conciencia de “no poder” ser tratado como sujeto con identidad, ser tenido en cuenta en las decisiones sobre la propia salud, etc.
- *N. de autorrealización*: ante el derrumbe coyuntural o definitivo del propio proyecto de vida redimensionar los valores, las tareas, los intereses.

### **Cuidar en lugar de tratar: Los cuidados paliativos**

Puede merecer la pena, que recordemos los criterios de definición de enfermedad terminal de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos “ 1) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; 2) falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, 3) presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; 4) gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte; 5) pronóstico de vida inferior a seis meses. Los dos primeros criterios tienen que estar siempre presentes pero no los tres restantes”<sup>4</sup>:

Lógicamente si estos son los criterios que caracterizan a una persona en fase terminal, ningún sentido tiene plantearnos como objetivo su curación y por tanto tratamientos para mejorar en su enfermedad. Mantener esta actitud sólo provocará a la persona sufrimientos innecesarios e inútiles. En situación de terminalidad la medicina tiene que replantearse sus objetivos tal y como lo recoge el centro Hasting de bioética: “Ya que la muerte nos llegará a todos, y que los pacientes de cada médico, a la larga, se van a morir igual que el propio médico, la medicina debe dar un lugar de privilegio a la creación de aquellas circunstancias clínicas en las cuales sea más probable tener una muerte en paz”<sup>5</sup>

No hemos de olvidar que todo tratamiento conlleva además de indicaciones concretas, contraindicaciones, es decir riesgos para la calidad de vida del enfermo. Cuando el balance entre indicaciones y contraindicaciones de un tratamiento o intervención clínica es negativo, cosa que ocurre frecuentemente cuando nuestra actitud es la del “límite tecnológico” o “hacer todo lo posible técnicamente”, estamos generando en el enfermo mayor daño que beneficio y por tanto no es correcta su aplicación.

Es necesario, sin embargo, una precisión: el balance entre riesgos y beneficios de una intervención debemos hacerlo en todas las dimensiones de la persona: física, psíquica, social y espiritual. Será el propio paciente, si es capaz, quien valorará y apreciará en gran medida que son beneficios y riesgos para él. En caso de que no pueda hacerlo puede servirnos de ayuda instrumentos objetivos como la escala de Drane y Couleman que evalúa las consecuencias previsibles de una intervención en varias dimensiones del ser humano: biológica, psicológica y social.

---

4 J. SANZ ORTIZ et. Al. *Recomendaciones de la Sociedad ...o.c.10*

5 HASTING CENTER , ”The Goals of Medicine: Setting New Priorities”, *Hasting center report*, monographic (1996)

## EVALUACIÓN DEL BENEFICIO

### Drane y Couleman (1995)

#### 💡 Criterios de calidad biológica

- somato-sensorial:placer-dolor; respuestas funcionales propiamente humanas
- fisiológico-conductual: funcionalidad física y emotiva

#### 💡 Criterios de calidad psicológica

- cognitivo-racional:vigilia, conciencia, introspección
- ético-volitivo:autonomía, independencia, elección moral

#### 💡 Criterios de calidad social:

- social: capacidad de relación, expectativas de cuidado y apoyo
- económico: costo-beneficio esperable

Es en este contexto, con la irrupción de la autonomía y el desarrollo tecnológico junto al conflicto ético que genera a muchos profesionales el aplicar todos los tratamientos técnicamente posibles al final de la vida, donde surge en los años 70 promovidos por Cicely Saunders el modelo de intervención paliativa para las personas en fase terminal. Los principios del trabajo impulsado por la Dra. Saunders fueron: el control sintomático de los síntomas físicos, la comunicación con el paciente, y el apoyo emocional a la familia como soporte principal para la persona enferma. Los cuidados paliativos se definen actualmente como: "Cuidado global y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. La percepción de control por parte del enfermo de los síntomas somáticos y aspectos psicológicos, sociales y espirituales que le preocupan adquiere en ellos una importancia primordial. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la máxima calidad de vida posible para los pacientes y sus familias, con un especial énfasis en tratar de facilitar a cada enfermo las circunstancias personales-externas e internas- que mas puedan favorecer su proceso de aceptación y acceso a una muerte en paz"<sup>6</sup>.

Las **bases de la terapéutica** en cuidados paliativos<sup>7</sup> van dirigidas a evitar el sufrimiento de la persona respetando lo más posible su autonomía. Podemos destacar como más significativas:

- Atención integral, individualizada y continua
- El enfermo y su familia (incluyendo en ella cualquier persona de referencia para el paciente) constituyen una unidad objeto de atención. La familia requiere medidas de soporte y educación, sobre todo cuando son los cuidadores principales en domicilio
- La promoción de la autonomía y dignidad del enfermo. El paciente y la familia participan en la toma de decisiones y medidas terapéuticas a adoptar.
- Concepción terapéutica activa y positiva que elimine el sentimiento de impotencia, fracaso y frustración porque siempre hay "algo más que hacer"

6 R. BAYÉS. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*, o.c. 57.

7 SECPAL, *Guía de cuidados paliativos* <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=cuatro>, tomado el 10 de agosto de 2007.

- Importancia de cuidar el clima de relaciones para que se puedan expresar las preocupaciones, miedos y sentimientos de los enfermos y sus familias en un ambiente de respeto e intimidad.

En la vivencia de la enfermedad terminal, y en la asistencia a quien la sufre, los seres humanos se realizan, o se deterioran, en la medida en que puedan, o no, satisfacer las necesidades que brotan de sus dimensiones biológica, psíquica, social y espiritual; y lo hagan fomentando la mutua integración de dichas dimensiones en su ser personal. Es por ello que la *dimensión afectiva* y la *dimensión espiritual* comienzan a considerarse en la asistencia junto a la física y la social. El problema está, como casi siempre, en la adecuación de los recursos para ello, no sólo en cuanto a la cantidad de los mismos y la carga económica que ello supone, sino a la calidad de la asistencia prestada en estas dimensiones. Además es necesario destacar que los profesionales dedicados a este ámbito de la asistencia necesitan no sólo una buena preparación técnica sino una actitud de compromiso con la persona que sufre la situación como único modo de atender todas sus necesidades.

Frente a la medicina científica, cuyo objetivo es “vencer a la muerte”, la medicina paliativa tiene como objetivo el “morir con dignidad”. Son muchas las propuestas existentes sobre lo que significa dicha expresión que consecuentemente han derivado en diferentes propuestas de “cartas o declaraciones de derechos del enfermo terminal”.

Teniendo en cuenta que el presente trabajo es de praxis pastoral, es decir está centrado en el acompañamiento a la persona al final de su vida creo que la síntesis de Roy<sup>8</sup> puede resultar la más enriquecedora para nuestra reflexión. El sintetiza las condiciones esenciales del morir con dignidad de la siguiente manera:

- Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta a juego para otorgar al moribundo algunas horas suplementarias de vida biológica
- Morir sin dolores atroces que monopolicen toda la energía y la conciencia del moribundo
- Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser vivir su hora más hermosa
- Morir manteniendo con las personas cercanas contactos humanos sencillos y enriquecedores
- Morir como un acto consciente de quien es capaz de realizar el difícil *ars moriendi*
- Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llega.
- Morir con el espíritu abierto, aceptando que muchos interrogantes que la vida ha abierto quedan sin respuesta.
- Morir con el corazón abierto, es decir, con la preocupación del bienestar de los que quedan en la vida

Los creyentes en Jesucristo, muerto y resucitado, podríamos añadir:

- Morir confiadamente como Hijos amados de un Dios que asegura nuestra plenitud

El Consejo de Europa en su resolución 1418<sup>9</sup> adoptada en junio de 1999 considera los cuidados paliativos **como un derecho** legal e individual de todos los enfermos terminales o moribundos en todos los estados miembros. Lamentablemente la situación real dista mucho de

---

8 Citado por J. CABODEVILLA en *Vivir y morir conscientemente*, o.c. 75

9 El texto de esta recomendación fue adoptado por la Asamblea el 25 de junio de 1999 (24<sup>a</sup> sesión), tomado de A. CRUCEIRO, *Ética de cuidados paliativos*, Ed. Triacastela, Madrid 2004, 425-429.

que dicha recomendación sea asumida. En concreto en la CAPV sería necesario aumentar al menos por 4 el nº de recursos para que las necesidades de estos enfermos fuesen adecuadamente cubiertas tanto en domicilio como en centros asistenciales.

Más allá de la persona moribunda, de los profesionales y de los que acompañan al enfermo al final de la vida, lograr que las personas mueran con dignidad supone la realización de una serie de exigencias éticas por parte de toda la sociedad. Coincido con M. Vidal en considerar las más decisivas, y por ello las que centrarán los siguientes apartados de este trabajo, las siguientes:<sup>10</sup>

- Alivio del dolor y prolongación de la vida con medios técnicos proporcionados
- Procurar que la muerte sea una acción personal
- Organizar el sistema hospitalario en clave comunitaria para que posibilite el enfermo morir acompañado
- Favorecer el sentido humano, espiritual y religioso del morir

## 7. LA ATENCIÓN A LAS NECESIDADES FÍSICAS AL FINAL DE LA VIDA

El conocimiento de la situación terminal genera en la persona una transformación de la percepción subjetiva del propio cuerpo que se convierte en el foco principal del interés durante bastante tiempo. La atención a las necesidades físicas de las personas incluyen fundamentalmente los siguientes aspectos:

- Evaluación y posterior diagnóstico de la situación de terminalidad. La evaluación de los criterios clínicos es la base para determinar si la persona está en una situación “incurable” producida por una enfermedad aguda o crónica. Tal y como se recoge en el cuadro siguiente, si la situación es incurable la estrategia correcta es la paliativa, mientras que si no lo es la persona tiene derecho, si ella consiente a ello, a tratamientos e intervenciones de carácter “curativo”.



- Decidir

10 M.VIDAL, *Moral de Actitudes. Ética de la persona II*, PS, Madrid 1977, 242-243.

si una persona es o no “terminal”, lo cual es totalmente necesario para evitar bien su “sobrtratamiento” si lo es, bien su “infratratamiento” si no lo es.

- Determinación del plan de cuidados paliativos a sus síntomas físicos en función de su estado concreto; dicho plan irse modificando a medida que estos van cambiando. El plan deberá incluir los siguientes aspectos<sup>11</sup>:
  - Medidas generales: Higiene y cuidados de piel y boca, actividad física, reposo y sueño, ocupación del tiempo libre, alimentación.
  - Determinación con el paciente y/o familia como manejar la dependencia física.
  - Control de síntomas: digestivos (anorexia, náuseas, estreñimiento, diarrea); incontinencia; dolor; síntomas respiratorios (disnea, tos, hipo,...); psíquicos (insomnio, ansiedad, depresión, delirio...). A continuación recojo los criterios de la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) sobre dicho control de síntomas:
    - “Evaluar antes de tratar (...) y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto (Ej.: disnea por infiltración del parénquima, y/o derrame pleural y/o anemia, etc.). Además de la causa, debemos evaluar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma
    - Explicar las causas de estos síntomas en términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar. No debemos olvidar que el enfermo está preocupado y quiere saber porqué tiene los síntomas. Explicar, asimismo, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia.
    - La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además deben fijarse los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.
    - Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas...). La correcta monitorización nos ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento, y mejorar nuestro trabajo al poder comparar nuestros resultados. Requerirá la validación previa por el equipo del instrumento de medida.
    - Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican. Actitudes y conductas adecuadas por parte del equipo (escucha, risa, terapia ocupacional, contacto físico etc.), contribuyen no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además elevan el umbral de percepción del dolor por parte del paciente.

La rigurosidad y minuciosidad de nuestra actuación tendrá una traducción clínica evidente en nuestros pacientes sobre su nivel de confort, siendo

---

<sup>11</sup>COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DE SANT JOAN DE DÉU, “Protocolo de atención a pacientes en situación terminal”, *Labor Hospitalaria*, 263 (2001), 25- 45.

necesario conjuntar una gran experiencia clínica en el manejo de estos pacientes con un alto nivel de sentido común a la hora de tomar decisiones, evitando aquellas medidas de diagnóstico que no vayan a alterar nuestra estrategia de forma notable, así como no retrasando el tratamiento por el hecho de no disponerlas. Es imprescindible que el equipo terapéutico completo elabore, asuma, practique y evalúe los objetivos terapéuticos en cada síntoma y en especial en el caso del dolor.<sup>12</sup>

- Determinación de la fase de agonía con el objetivo de prestar los cuidados específicos de esta fase. La fase de agonía se caracteriza por el “deterioro de la conciencia que puede llegar al coma, desorientación, confusión y a veces agitación psicomotriz, trastornos respiratorios con respiración irregular y aparición de respiración estertorosa por acumulo de secreciones, fiebre dada la elevada frecuencia de infecciones como causa de muerte en los pacientes con cáncer, dificultad extrema o incapacidad para la ingesta, ansiedad, depresión, miedo (explícito o no) y retención urinaria (sobre todo si toma psicotrópicos) que puede ser causa de agitación en estos pacientes”<sup>13</sup>.

Los cuidados físicos necesarios para las personas mayores al final del a vida serán en la mayoría de los casos los siguientes:

- Retirada de cuidados e intervenciones que generan desconfort
  - Aplicación de intervenciones que generan confort: humedecer la boca, permanecer acompañado, sedación si se requiere,...siguiendo siempre los indicadores verbales y no verbales del paciente: agitación, fiebre, expresiones de dolor, lágrimas, gesto crispado o relajado...
  - Tratamiento de síntomas muy molestos (hemorragias, vómitos, etc. ), si aparecen
  - Abordaje de los problemas respiratorios: estertores pre-mortem
  - Instrucciones a la familia y atención a sus necesidades
- Establecimiento de las medidas de confort que sean requeridas durante todo el proceso
  - Manejo adecuado del cuerpo, evitando molestias innecesarias, buscando posturas más confortables para el enfermo y preservando lo más posible su identidad
  - Manejo de los indicadores del espacio y el tiempo de forma adecuada ( decir qué día es, acudir lo antes posible a sus llamadas...) para evitar la desorientación y ansiedad de la persona

#### **Tratamientos “especiales” al final de la vida: las medidas de soporte vital y la sedación profunda y definitiva.**

---

<sup>12</sup> SECPAL, *Guía de cuidados paliativos* <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=cuatro>, tomado el 10 de agosto de 2007

<sup>13</sup> SECPAL, *Guía de cuidados paliativos* o.c.

Entre las llamadas MEDIDAS DE SOPORTE VITAL se encuentran: las sondas nasogástricas y otros procedimientos de alimentación e hidratación artificial, la reanimación cardiopulmonar, la respiración asistida y la diálisis renal; como su propio nombre indica son tratamientos (tienen indicaciones-beneficios y contraindicaciones-riesgos) que si se retiran o se decide no aplicar en un momento determinado, la persona va a fallecer casi con toda probabilidad, porque en una situación no puede realizar, sin asistencia externa, alguna o varias funciones básicas (respirar, comer, mantener el ritmo cardiaco...)

En principio, si las consideramos tratamientos, su aplicación debe decidirse teniendo en cuenta los criterios de justicia, no-maleficencia y autonomía. Esto quiere decir:

- Que no deben aplicarse si la situación es terminal o irrecuperable, pues supondría una situación de encarnizamiento terapéutico (mayor lesión que beneficio esperable)
- Que no deben aplicarse si son considerados desproporcionados (coste-beneficio) al menos con cargo a los fondos públicos, y que deben aplicarse a todos los que los requieran si son considerados proporcionados. Es lamentable, por ejemplo, la dificultad que tienen los ancianos, en razón de su edad, para que les sean aplicadas algunas técnicas de soporte vital que son aplicadas, sin ninguna traba, a personas jóvenes, a veces incluso con peor pronóstico.
- Que no deben aplicarse a aquellas personas que siendo capaces deciden, o han decidido previamente, negarse a la aplicación de los mismos en sus personas. No hay que olvidar que las personas tenemos derecho a negarnos a cualquier tratamiento aunque ello comporte el riesgo de morir. En la actualidad y en la mayoría de las Comunidades Autónomas, entre ellas la del País Vasco<sup>14</sup>, tenemos derecho a determinar previamente a través de un documentos de “voluntades anticipadas” qué decisiones queremos que se tomen al final de nuestra vida, respecto a los tratamientos y cuidados posibles.

Es frecuente, sin embargo, que dichos criterios sean de difícil aplicación cuando la decisión a tomar es la de retirar una medida de soporte vital. Parece que la valoración moral que hacemos es diferente cuando se trata de decidir no poner un respirador (omisión) que cuando se trata de decidir retirarlo (acción) si bien en ambos casos la consecuencia esperable es la muerte del paciente. La mayoría de las personas consideran que existe una diferencia moral muy significativa entre matar y dejar morir, lo cuál es cierto. Sin embargo el error está en considerar que matar siempre requiere una acción y dejar morir “sólo” supone una omisión. Mi postura es la de considerar que matar es una acto que puede llevarse a cabo tanto por una acción (clavar un cuchillo) como por una omisión (no dar de comer a un bebé). Del mismo modo, dejar morir es un acto que puede suponer tanto una acción (retirar un respirador) como una omisión (no realizar una reanimación). La gravedad del juicio moral no está en la acción u omisión, sino en que exista o no una causa concomitante e irreversible (por ejemplo una enfermedad terminal irreversible) que va a conducir al sujeto a la muerte. He intentado recoger este razonamiento en el esquema de la FIG 2.

---

<sup>14</sup> Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad. BOPV nº 248.

La SEDACIÓN PROFUNDA Y DEFINITIVA a la que me referiré a continuación, es la que es el objeto primario de la intervención ( y no una consecuencia de otro tratamiento por ejemplo de dolor) que se pretende irreversible y cuyo objetivo en un enfermo terminal es escapar de una situación muy aversiva o de muy difícil control de la que uno se quiere “desconectar”.

Mi opinión sobre esta técnica coincide con la de Javier Barbero<sup>15</sup> cuando se pregunta si una persona terminal sedada definitivamente es un ser humano aunque siga latiendo y/o respirando. Es más, el llega a plantearse si este tipo de sedación no es en realidad eutanasia pues supone dejar de vivir al modo humano. Además morir con dignidad supone morir tal y como uno quiere morir, como vivir con dignidad es vivir tal y como uno quiere vivir. Cómo morir es la última decisión que una persona ( no siempre, pues a veces el deterioro físico y/o cognitivo ya es muy grave) puede tomar, y en definitiva el último acto de libertad y responsabilidad del ser humano. Por tanto es el propio ser humano el único que puede decidir morir de algún modo “antes de tiempo”. La controversia por tanto sobre la sedación definitiva será extrema cuando la decisión de quedar definitivamente inconsciente la toman otros sin consentimiento de la persona interesada.

Las indicaciones actuales para la sedación profunda y definitiva son: el dolor intenso u otros síntomas físicos intensos no controlables ( se da muy pocas veces) y la angustia vital no controlada que es la situación a la que más se aplica. La pregunta que nos debiéramos de hacer es si no existe ningún tratamiento alternativo, bien psicológico, bien farmacológico, para evitarla o reestructurarla.

En cualquier caso es aconsejable, a mi juicio, seguir las siguientes recomendaciones éticas:

- En principio la sedación definitiva es un acto inmoral, por ser maleficente, es decir tiene más riesgos que beneficios. Estaría justificado cuando fuese el único tratamiento posible para evitar un sufrimiento intolerable físico o psicológico. Dado que esto no es lo habitual, hay que evitar no convertirlo en tratamiento habitual con las personas moribundas, ya que debe ser considerado un tratamiento excepcional.
- En consecuencia, la sedación definitiva debe ser el último recurso posible y debe ser considerada como un mal menor que exigirá a quien tome la decisión de aplicarla, cargar con la prueba de que no hay otro tratamiento alternativo.
- Caso de tomar la decisión de aplicarla se debe intentar que la decisión implícita o explícitamente sea de la propia persona

### **Valoración moral de la Eutanasia**

Junto a la cuestión sobre cuáles son las obligaciones que las personas tenemos para con aquellos seres humanos que están en el límite de la clase “animal racional”, en los confines de la vida, aparece en la actualidad otra cuestión que no deja de ser aún más controvertida: ¿cuáles son los derechos que un ser humano tiene a la hora de determinar, o mejor dicho de autodeterminar cómo quiere que sea el final de la vida? o expresado en palabras de Ramón Sanpedro “¿el derecho a morir con dignidad conlleva la obligación de vivir hasta que la muerte haga su aparición?”.

---

<sup>15</sup> Barbero, J

Estamos de este modo en el problema de la Eutanasia entendida esta como una acción deliberada que trata de producir la muerte en una persona con una enfermedad incurable, que le genera sufrimientos permanentes e insoportables, y que solicita dicha acción libre y voluntariamente.

Hemos distinguido en el segundo momento del razonamiento moral, el llamado “esbozo moral”, los principios éticos públicos de los privados. A los primeros los hemos llamado deberes perfectos (no-maleficencia y justicia) y a los segundos los hemos llamado deberes imperfectos (autonomía y beneficencia).

Esta distinción nos lleva a determinar desde la fundamentación expuesta, que una persona no puede disponer de la vida de los demás más que para mejorar su calidad y dignidad de vida, pero si que puede disponer de la suya propia siempre que su código moral privado así se lo exija; este sería el caso del suicidio lúcido, o de la huelga de hambre en virtud de una causa determinada, o del martirio en algunos casos.

En coherencia con lo expuesto hasta este momento la eutanasia no es moralmente aceptable, puesto que supone la intervención en el cuerpo de otra persona con la intención de poner fin a su vida. Es también unánime la condena a la Eutanasia del Magisterio Eclesial Católico, que si bien recoge en varios documentos el derecho de las personas a morir serenamente y con dignidad humana y cristiana<sup>16</sup>, incluso la exigencia moral de que haya una justa relación entre los tratamientos para prolongar la vida y el sufrimiento y coste que pueden generar<sup>17</sup>, condena rotundamente en toda la tradición la Eutanasia<sup>18</sup>. Además del valor absoluto de la vida humana y el riesgo de caer en una justificación de pendiente resbaladiza, el magisterio señala argumentos teológicos propios como la inmoralidad que conlleva la eutanasia por violar la ley divina y el valor y el sentido del sufrimiento en el cristianismo.

Sin embargo a pesar de estas argumentaciones civiles y teológicas la polémica sigue vigente en la actualidad, y a mi juicio lo está porque de fondo quedan sin resolver dos cuestiones:

- ¿Es la Eutanasia un mal absoluto en razón de su objeto o admite excepciones si no hay otros medios para morir con dignidad o aliviar el sufrimiento?
- Y la segunda: ¿puede llegarse a un acuerdo de no penalizar a aquellas personas que desde sus obligaciones de beneficencia con aquellos con los que están comprometidos, se ven en la situación de tener que transgredir las normas morales y legales establecidas? o lo que es lo mismo ¿puede encontrarse algún modo de “despenalizar” la norma de no-hacer daño para algunos casos, sin que ello suponga el debilitamiento de la norma y la trasgresión del principio de “no hacer daño a los seres humanos”?

Son varios los moralistas que consideran que pueden existir casos de excepción y los Estados (Holanda, Bélgica, algunos estados de USA, Australia,...) que han despenalizado la Eutanasia en algunos supuestos.

---

<sup>16</sup> CDF; CEE (1993) N° 25-32; Conferencias Episcopales Ingresa y Alemana; Directorios de distintas diócesis

<sup>17</sup> GS 35; CEE (1980) n.25; CEE (1993) n° 28; CDF; Pio XII: ASS 49 (1957);

<sup>18</sup> CEE (1980) n° 94;

El Nuevo Código Penal Español, aprobado por el Congreso el 23 de noviembre de 1995 penaliza la inducción y cooperación al suicidio si bien diferencia claramente los distintos tipos de homicidio y suicidio. El texto es el siguiente:

**“DEL HOMICIDIO Y SUS FORMAS”**

**Artículo 143**

1. *El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de cuatro a ocho años.*
2. *Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.*
3. *Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.*
4. *El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.*

Leyendo el texto es evidente que el nuevo código atenúa la pena en el caso de que un paciente haya expresado su consentimiento y además de padecer una enfermedad terminal, ésta le resulte insoportable. Además el texto sólo tipifica como delitos los casos de cooperación “activa” y por tanto la colaboración “pasiva” en dicha situación no tiene como consecuencia una responsabilidad penal.

Todo ello refleja a juicio de juristas tan eminentes como Carlos M. Romeo Casabona que “el criterio unánime de que quien priva de la vida a otra persona con su consentimiento o a petición del mismo no debe sufrir la misma pena que quien quita la vida a otra sin su consentimiento: en este segundo caso se le priva de su vida, pero además de su libertad de vivir. (...) En segundo lugar, el móvil humanitario o de compasión ha de tener efectos más intensos o más precisos que en la actualidad en la reducción de la pena”<sup>19</sup>

Pienso, que más allá de las cuestiones legales, los criterios que el profesor Diego Gracia ha expuesto en diversos foros y publicaciones<sup>20</sup> sobre el manejo de los conflictos relacionados con el final de la vida pueden ayudarnos a dilucidar mejor no sólo el problema de la Eutanasia sino tantas situaciones con las que nos encontramos tanto en nuestra vida social como en nuestra práctica profesional y pastoral:

1. Quien debe decidir sobre su vida o su muerte es la propia persona.

---

<sup>19</sup> Romeo Casabona C.M.: *La Eutanasia en el derecho comparado y en el código penal español*; en Salvador Urraca(ed.), “Eutanasia hoy. Un debate abierto. Madrid, Noesis, 1996, pp 215-235)

<sup>20</sup> Gracia Guillén D. Eutanasia: El estado de la cuestión; Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, 1995, CXII 445-462

2. Debe concederse a todo ser humano la posibilidad de gestionar su vida y su muerte.
3. La propia muerte debe ser gestionada por sujetos autónomos y por tanto capaces legal y moralmente.
4. Es obligación del Estado procurar los medios necesarios para que cualquier persona pueda vivir dignamente el final de su vida, evitando que solicite morir por no poder soportar determinadas condiciones físicas, sociales, psicológicas o espirituales.
5. Una atención de los enfermos terminales que preserve su dignidad hasta el fin de su vida exige un esfuerzo educativo de los profesionales sanitarios y de la propia sociedad en unos nuevos criterios de actuación para ésta situación.