

*Claves*

# Eutanasia

UN ANÁLISIS A LA LUZ  
DE LA CIENCIA Y LA ANTROPOLOGÍA

Manuel Martínez-Sellés

RIALP

MANUEL MARTÍNEZ-SELLÉS

# EUTANASIA

Un análisis a la luz de la ciencia y la antropología

EDICIONES RIALP, S. A.  
MADRID

© 2019 by MANUEL MARTÍNEZ-SELLÉS  
© 2019 by EDICIONES RIALP S. A.,  
Colombia 63, 8.º A, 28016 MADRID  
([www.rialp.com](http://www.rialp.com))

Realización ePub: [produccioneditorial.com](http://produccioneditorial.com)  
ISBN (edición impresa): 978-84-321-5195-8  
ISBN (edición digital): 978-84-321-5196-5

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del *Copyright*. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita reproducir, fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra

A mi mujer, a mis hijos,  
a mis padres y a mis hermanos.  
No sabemos quién se morirá primero,  
ojalá todos lo hagamos bien.

# ÍNDICE

PORTADA

PORTADA INTERIOR

CRÉDITOS

DEDICATORIA

1. ¿EUTANASIA? CLARO QUE SÍ

2. *MAR ADENTRO* NO ES INTOCABLE [O DE COMO UNA MARIPOSA GANÓ A *MILLION DOLLAR BABY*]

3. TODOS VAMOS A MORIR, PERO EN LOS HOSPITALES SE MUERE MAL

4. ¿QUÉ ES LA EUTANASIA?

5. LAS CONSECUENCIAS SOCIALES DE LA EUTANASIA

6. TRATAMIENTOS PROPORCIONADOS Y ORDINARIOS

7. ESTADO VEGETATIVO PERMANENTE. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES

8. SENTIDO DEL DOLOR Y DEL SUFRIMIENTO

9. MUERTE = MUERTE CEREBRAL. TRASPLANTES

10. CALIDAD DE VIDA, VIDA DIGNA Y MUERTE DIGNA

11. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y LA DECISIÓN DE NO REANIMAR

12. EL PARADIGMA DE LA AUTONOMÍA

13. CUIDADOS PALIATIVOS

14. ¿EUTANASIA? MÁS BIEN NO

EPÍLOGO [DE MEMÉ ALSINA]

AGRADECIMIENTOS

AUTOR

# 1. ¿EUTANASIA? CLARO QUE SÍ

ES PROBABLE QUE TENGAMOS UNA OPINIÓN previa acerca de la eutanasia, construida de noticias, películas, conversaciones con amigos, herencias familiares, religión... En este capítulo voy a permitirme suponer que esa opinión es favorable. Aunque los motivos para defender la eutanasia son diversos, hay cuatro que destacan:

- el respeto a la libertad individual: *Dejemos que cada uno haga lo que quiera;*
- el derecho a elegir o rechazar un tratamiento médico: *El paciente decide;*
- la falta de calidad de vida que conllevan algunas enfermedades o situaciones: *Los sufrimientos son insoportables;*
- la intervención del médico es a menudo necesaria y siempre conveniente: *Es mejor que lo hagan profesionales.*

El respeto a la libertad individual es posiblemente el principal argumento a favor de la eutanasia. Lo que viene a decir es que toda persona, siendo consciente y libre para decidir, debe tener el derecho a elegir cuándo quiere morir. Sería algo similar al derecho al suicidio, pero teniendo en consideración que, por circunstancias médicas, algunas personas no pueden acabar con su propia vida. Lo que se plantea es permitir a cada uno vivir (y morir) según sus convicciones, y respetar la libertad del individuo también al final de su vida. Si nadie me ha pedido permiso para venir a este mundo, no tendré que pedírselo yo a nadie para marcharme de él. Que cada uno haga con su vida lo que considere oportuno, mientras no perjudique a los demás.

El derecho a elegir o rechazar un tratamiento médico, muy relacionado con el anterior, viene a decir que toda persona puede elegir qué tipo de tratamiento médico quiere recibir. El paciente decide hasta dónde se llega, y limita el empeño de mantenerle con vida que puedan tener los médicos y demás personal sanitario. Si se duda de la libertad del paciente, otro tanto se podría hacer de la libertad del profesional de la salud. Tolerar un dolor evitable es absurdo y, por ello, la eutanasia puede ser la solución más rápida, efectiva y económica. Además, los cuidados paliativos son costosos y frecuentemente no controlan de forma adecuada los síntomas.

La falta de calidad de vida. La vida se considera un derecho, pero no una obligación, especialmente en ciertos casos en los que la existencia conlleva un gran sufrimiento. Es decir, en enfermedades, o circunstancias, que hacen que la persona viva en condiciones

que se pueden considerar indignas, lo mejor sería no seguir viviendo. Ante una perspectiva de semanas o meses de sufrimiento extremo, se podría decidir acortar la dolorosa espera. De hecho, la eliminación del dolor y del sufrimiento es uno de los principales fines de la medicina. Si uno malvive con dolor se entiende que prefiera no vivir, para así no padecer.

La intervención del médico (o profesional sanitario) es necesaria. Este argumento implica que una muerte es adecuada cuando está asistida por profesionales acostumbrados a lidiar con ella. Ellos saben cómo evitar el dolor, controlan el miedo y reducen la ansiedad del paciente en la medida de lo posible. Además, los médicos y otros profesionales pueden asegurar las medidas necesarias para conseguir una muerte rápida, programada e indolora. Por ello la eutanasia sería un acto médico éticamente aceptable, que respetaría el principio de autonomía del paciente. Cuando la medicina no pueda evitar la muerte puede y debe evitar el sufrimiento que ocasiona seguir viviendo bajo circunstancias insalvables. Además, la eutanasia no obliga a nadie: el médico que no quiera, que no la practique. Sólo se trata de permitir que las personas que así lo deseen se les reconozca y respete su derecho a morir cuando y como ellas quieran.

Creo que queda claro. Entiendo que haya partidarios de la eutanasia. De hecho, a primera vista, estos cuatro pilares de la argumentación proeutanasia parece que son casi imposibles de refutar. Pero es tema tan grave que exige mirar sin prejuicios y con mente abierta las razones contrarias, que defienden la vida también en este caso extremo. En otros casos extremos el debate ético parece tener contornos más nítidos (pena de muerte, presos de guerra, violencia doméstica, venta de órganos, etc.). Ahondemos en la eutanasia desde una visión antropológica, médica y científica, en busca de un rigor que nos haga, sobre todo, más humanos.

*MAR ADENTRO* NO ES INTOCABLE [O DE COMO UNA MARIPOSA  
GANÓ A *MILLION DOLLAR BABY*]

EL CINE SE HA ADENTRADO EN VARIAS ocasiones en situaciones de enfermos con discapacidades importantes desde dos perspectivas contrapuestas, la eutanásica y la de mostrar cómo estos pacientes pueden conseguir una vida plena pese a sus limitaciones físicas. En este capítulo me voy a referir a cuatro películas, todas ellas inspiradas en historias reales —dos de cada “bando”— que creo que muestran bien esta dicotomía. A cada película pro-eutanasia le sigue una que, pese a mostrar un enfermo en una situación similar (incluso peor en ambos casos), nos muestra la belleza de la vida en esas mismas situaciones. Advertencia: para los lectores que no hayan visto estas películas —las cuatro brillantes desde el punto de vista cinematográfico, aunque con mensajes bien distintos— las resumiré en pocas líneas.

*Mar adentro*

Es una película española de 2004 coescrita y dirigida por Alejandro Amenábar, ganadora del Óscar a la mejor película extranjera. Está basada en la historia de Ramón Sampedro, un escritor y ex marinero que queda tetrapléjico tras un accidente. Tras casi 30 años, muere en 1998 por suicidio asistido tras solicitar la eutanasia. La película nos muestra a Ramón “encerrado en su cuerpo”. El filme, muy cuidado en el aspecto visual y musical, está al servicio de un argumento ideológico que no da pie a discusión. La eutanasia es buena y necesaria, los que opinen lo contrario son ignorantes retrógrados, caricaturizados como tales durante todo el metraje. Se ofrece una imagen patética de los magistrados que juzgan su caso y se ridiculiza al sacerdote tetrapléjico que le visita (una escena que, por cierto, no es histórica). Todo va encaminado a la adhesión emotiva del espectador al deseo de suicidio de Ramón Sampedro, quien —no lo olvidemos— no estaba en la fase terminal de ninguna enfermedad, ni padecía dolores por motivo de su tetraplejía. Se encauzan los sentimientos del espectador desde el principio para que simpatice con su causa. Es la única de las cuatro películas en la que, sospechosamente, no aparecen profesionales sanitarios, los que tendrían que acceder al deseo de Ramón. Este deseo era, por cierto, que le matasen, no que le dejasen morir.

### *Intocable*

Me parece una buena contraposición a la anterior. Estrenada en 2011, es la segunda película francesa más exitosa de todos los tiempos. La historia está inspirada en la vida del conde Philippe Pozzo di Borgo, autor del libro *Le Second soufflé*. Tetrapléjico desde 1993 tras un accidente de parapente, disfruta de la vida y tiene una relación muy especial con Abdel Yasmin Sellou, inmigrante con antecedentes penales que entró a su servicio como asistente a domicilio. La película que, como la vida, tiene drama y comedia, narra la relación entre dos personajes aparentemente opuestos y procedentes de entornos muy distintos. Es interesante ver los motivos por los que el conde decide contratarle. El primero es que estaba harto de lidiar con personas que sentían piedad de él y, por primera vez, vio un potencial cuidador sin compasión alguna. El segundo fue el reto de conseguir que un joven rebelde e irresponsable fuera capaz de realizar un trabajo y de adaptarse responsablemente a unos estrictos horarios y rutinas. Poco a poco, la relación entre el conde y su empleado se va convirtiendo en una profunda amistad de dos hombres que se ayudan mutuamente a enfrentar y superar dificultades de todo tipo. Se nos muestra que, con y sin tetraplejia, se puede vivir una vida plena, ayudar a los demás y contribuir a la sociedad.

### *Million Dollar Baby*

Largometraje de 2004 galardonado con el Óscar a la mejor película, cuenta la historia de Maggie, una camarera de 31 años cuyo sueño es ser boxeadora profesional. Lo consigue gracias a un brillante entrenador con el que desarrolla una fuerte relación casi padre-hija. La película va introduciendo, de forma más o menos sutil, mensajes pro eutanasia, como cuando Maggie le cuenta a su entrenador acerca de un perro enfermo que tuvo de niña, y que su padre mató al empeorar su salud. Así llegamos al momento cumbre, el combate por el título femenino contra la campeona que, al terminar un asalto, golpea por la espalda a Maggie, que cae sobre un banco y se fractura la columna a la altura del cuello, quedando tetrapléjica y necesitando desde entonces un respirador. Con el tiempo, Maggie le pide a su entrenador que la mate. Él se horroriza ante tal proposición, pero después de varios intentos de suicidio por parte de Maggie (mordiéndose la lengua), finalmente accede. Curiosamente, la película, al parecer, está inspirada en la historia de Katie Dallam, que tras un combate presentó un daño cerebral tan severo que le dijeron a su familia que probablemente no sobreviviera y que, si lo hacía, quedaría en estado vegetativo. Aunque Katie también tuvo ideas e intentos suicidas, los superó con ayuda de su familia y de los profesionales sanitarios y hoy, algo recuperada —aunque con la mitad del cerebro paralizado y con dificultades para mover un brazo y una pierna—, es una artista que se dedica a la pintura y la escultura.

### *La escafandra y la Mariposa*

Película francesa de 2007 basada en el libro autobiográfico de Jean-Dominique Bauby.

A los 43 años, Jean-Dominique, carismático redactor jefe de la revista *Elle*, sufrió una embolia cerebral masiva. Sale del coma tres semanas más tarde y se descubre que es víctima del “síndrome de cautiverio”; está totalmente paralizado, no puede moverse, comer, hablar, ni respirar sin asistencia. Su mente funciona con normalidad pero sólo es capaz de mover voluntariamente el párpado del ojo izquierdo. Pese a esta gran limitación, Jean-Dominique crea un nuevo mundo a partir de las dos cosas sobre las que conserva el control: su imaginación y su memoria. Aprende a comunicarse mediante un código, utilizando el parpadeo de su ojo. Gracias a ello es capaz de abrir la prisión de su cuerpo (la escafandra) permitiéndole planear sin límites con su imaginación para moverse en el reino de la libertad (la mariposa). De esta forma escribe un libro, que es número uno de ventas en Francia. Leerlo (o ver la película) nos ayuda a ver cómo, incluso en situaciones extremas, la vida merece ser vivida.

### 3. TODOS VAMOS A MORIR, PERO EN LOS HOSPITALES SE MUERE MAL

PARECE UNA OBVIEDAD, PERO SE OLVIDA frecuentemente que nuestro paso por este mundo tiene fecha de caducidad. La sociedad actual ha convertido la muerte en un tema tabú del que no se habla, se oculta, o se trivializa en películas y videojuegos. Recuerdo una mamá que me contaba que, cuando nació su hijo con una cromosomopatía muy grave, la neonatóloga se sorprendía de lo dedicada que estaba a él y le dijo: «¿Pero no sabe que él se va a morir?». «Usted también», fue su respuesta. Creo que nos da una idea de la óptica correcta.

Tener presente la muerte nos deja pensativos, nos hace mejores personas, es una cura contra el narcisismo, aprovechamos mejor el tiempo, dedicándolo a buscar cosas más profundas que la comodidad, el placer o el dinero. El *memento mori* [recuerda que morirás], no es morboso sino un recuerdo de la fugacidad de las cosas que, a la postre, nos hace vivir mejor. Es muy sano pensar sobre la muerte porque pone las cosas en perspectiva, ridiculiza el enfado ante alguien que llega tarde y objetiva el valor que damos al trabajo y al dinero. El problema es que continuamente se nos olvida que no viviremos para siempre y, más importante aún, que la muerte sobreviene sin preaviso.

Durante muchos siglos se pensaba que la muerte ideal era la muerte anunciada, que, aunque precedida de un deterioro físico, permitía una preparación personal, espiritual y familiar. La tendencia actual es preferir la muerte súbita, que acontece en plena salud y de forma repentina, sin posibilidad de despedidas y sin sufrimiento. Esta muerte repentina antaño era vista como una muerte mala, al carecer de la consciencia necesaria para despedirse de familiares/amigos y presentarse en el más allá habiendo dispuesto de algo de tiempo para prepararse.

El tabú de la muerte está particularmente presente en la sociedad occidental, y en gran parte se debe al miedo. Falta una visión trascendente de la vida. No se trata de frivolar sobre la muerte, muy al contrario, sino de elevarla al destino supremo del hombre, sea creyente o no. Podríamos entender la muerte como el cumplimiento —mejor o peor— de una misión vital a la que todos estamos llamados. Viene bien traer el ejemplo del libro *La invención de Hugo Cabret*, de Brian Selznick. A través de los ojos de un niño vemos cómo la muerte de su papá le ayuda a entender que debe ser él quien termine el ciclo vital iniciado por su padre.

El hecho de que algunas religiones expliquen 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 manifiesta una resistencia instintiva ante la muerte. Los médicos sabemos que esta visión trascendente es importante para muchos enfermos y, de hecho, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos recomienda incluir los cuidados espirituales en todo enfermo grave.

Por otro lado, la muerte ya no es un evento natural, aceptado desde el punto de vista social, familiar y religioso, que generalmente ocurría en el hogar, rodeado de los cuidados y del afecto de los seres queridos. La hemos transformado en un evento tecnificado que ocurre mayoritariamente en los hospitales, donde el paciente es sometido a los más diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, a veces hasta el último día de su vida.

En definitiva, la muerte se ha medicalizado. El enfermo frecuentemente se encuentra aislado, en un ambiente frío, con personas extrañas y sofisticados aparatos, que en lugar de seguridad le producen miedo, incertidumbre y angustia. La comunicación en la fase final de su vida se ha perdido, y se limita el acceso de familiares. Algunos sugieren que la mejor manera de abordar los momentos finales de la vida es evitar el ingreso hospitalario. De hecho, el Dr. George Annas, de la Universidad de Boston, uno de los mayores especialistas mundiales en Bioética, afirmó que «la única forma realista de mejorar el cuidado de los pacientes con enfermedades terminales es dejarlos en casa, evitando su traslado al hospital al final de su vida».

En esta línea, los estudios muestran la preferencia de los pacientes de morir en casa acompañados de su familia. Pero hay que ver qué decide la familia. Su decisión de apoyar una muerte en casa está originada sobre todo por tres factores: la promesa hecha al paciente, el deseo de mantener una vida familiar “normal”, y el influjo de experiencias negativas en hospitales o en otras instituciones. La familia ha sufrido grandes y trascendentales cambios: ahora sus miembros son escasos, el hogar es pequeño, trabajan todos sus miembros y su capacidad para proporcionar un ambiente protector es menor que antaño.

El resultado final es un déficit de los cuidados familiares que, añadido a situaciones médicas complejas y a la falta de apoyo domiciliario del personal sanitario, hace que la opción de pasar los últimos días de la vida en un hospital sea cada vez más frecuente. Si nos encontramos en esta situación, una buena opción es intentar “llevar” el hogar al hospital, incluyendo objetos apreciados por el enfermo terminal y, sobre todo, estimulando la presencia de familiares y amigos. Esta presencia no solo transmite paz, cercanía y acogida, sino que es muy necesaria a la hora de tomar decisiones. Lo más frecuente es que el paciente con una enfermedad terminal desee que todos los estamentos (él mismo, médico y familia) participen en la toma de decisiones, y es imprescindible que la familia esté presente. Puede ser oportuno que el enfermo designe un familiar que decida por él, cuando ya no esté capacitado.

## 4. ¿QUÉ ES LA EUTANASIA?

LA MALA INTERPRETACIÓN Y EL USO inadecuado del lenguaje frecuentemente impiden un enfoque apropiado del final de la vida. Es particularmente peligroso no tener claros algunos conceptos en este ámbito en una sociedad que con frecuencia presiona a pacientes, familias e incluso a sus médicos a que renieguen de su juramento hipocrático de defensa de la vida.

Existe una clara necesidad de aclarar los conceptos utilizados a la hora de analizar las distintas formas de morir y la cuestión de la eutanasia. La confusión terminológica se percibe en la opinión pública y también se observa, con frecuencia, entre quienes ostentan responsabilidades y entre profesionales sanitarios. Sin clarificar lo que se quiere expresar cuando se habla de eutanasia, es difícil progresar en una reflexión serena y coherente.

Eutanasia proviene del griego: *eu*=bueno, *thánatos*=muerte. Aunque etimológicamente significa “buena muerte”, esto dista mucho de su significado actual, ya que el sentido etimológico ha dejado de tener uso social. La Organización Mundial de la Salud la define como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. Esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del otro, con su consentimiento o no, para evitarle un sufrimiento o atendiendo a su deseo de morir por las razones que fuere. Por lo tanto, la finalidad de la eutanasia es acabar con una vida enferma, la muerte ha de ser el objetivo buscado, ha de estar en la intención de quien practica la eutanasia.

En definitiva, se realiza una acción (administrar sustancias tóxicas mortales) u omisión (negar la alimentación, nutrición o asistencia médica debida) sobre el enfermo, con intención de quitarle la vida. Se trata pues, de un homicidio por compasión. Esta acción está intencionalmente dirigida a terminar con la vida de un paciente, por razones compasivas y en un contexto médico, con el fin de minimizar su sufrimiento. El sentimiento subjetivo de estar eliminando el dolor o las deficiencias ajenas es elemento necesario de la eutanasia; de lo contrario estaríamos ante otras formas de homicidio.

Hablamos de suicidio médicamente asistido cuando se prescriben fármacos que el paciente usará para quitarse la vida. Es el caso en el que el enfermo decide acabar con su vida, para lo cual el médico o un integrante del equipo de salud, le proporciona los medios para lograrlo, pero es el mismo paciente quien pone en marcha el mecanismo

para infundir la solución con el o los medicamentos letales. Aunque desde el punto de vista ético hay poca o ninguna diferencia con la eutanasia, en algunas legislaciones se ha despenalizado sólo el suicidio médicamente asistido y no la eutanasia. Desde una perspectiva práctica y técnica la línea que separa la eutanasia del suicidio médicamente asistido también es muy fina y difusa.

La aplicación de tratamientos paliativos cuyo objetivo prioritario es el alivio de los síntomas que provocan sufrimiento y deterioran la calidad de vida del enfermo en situación terminal no es eutanasia. Con este fin se pueden emplear analgésicos o sedantes en la dosis necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos (el alivio de los síntomas), aunque se pudiera ocasionar indirectamente un adelanto del fallecimiento. La clave reside en la intención que preside la conducta médica. No es eutanasia, por tanto, aplicar un tratamiento necesario para aliviar el dolor, aunque acorte la expectativa de vida del paciente como efecto secundario no buscado.

La eutanasia fue un problema social en aquellas sociedades primitivas en que se practicaba la eliminación de vidas consideradas inútiles, costumbre que estuvo admitida respecto a los recién nacidos con malformaciones o los ancianos en distintos pueblos de la antigüedad, hasta que el juramento hipocrático y la influencia del cristianismo acabó con tales prácticas inhumanas. En verdad ha costado muchos siglos conseguir que la vida sea respetada en todas las situaciones (la inviolabilidad de la vida humana es un logro bastante reciente de nuestra sociedad). Perder esta regla universal es un paso atrás y abre una brecha en la inviolabilidad del sujeto inocente. Una vez que se ha roto una regla universal con una excepción, ¿por qué no añadir otras?

Es significativo que el primer régimen que instaura la eutanasia desde del viejo paganismo romano fue la Alemania nazi. La experiencia nacionalsocialista germana demuestra cómo se puede pasar, fácil y rápidamente, de las teorías científicas pro eutanasia a la práctica de una eutanasia realizada por motivos cada vez más subjetivos, relativos y baladíes. Ciertamente eso se vio favorecido por un entorno dictatorial, pero un entorno distinto no asegura que el fenómeno no pueda repetirse. A principios de 1939 se autorizó la “muerte por compasión” de un niño con una minusvalía. A partir de entonces, Hitler ordenó poner en marcha un programa que aplicase los mismos criterios de “misericordia” a casos similares y, el 18 de agosto de 1939, se dispuso la obligación de declarar a todos los recién nacidos con defectos físicos, se creó el “Registro científico del Reich de dolencias congénitas y hereditarias graves”, que hizo morir entre 5 000 y 8 000 niños, muchos mediante inyecciones de barbitúricos. En el caso de los enfermos mentales, su exterminio comenzó en octubre de 1939 y el Tribunal de Nuremberg estimó la cifra de 275 000 eliminados.

La experiencia del nazismo no es de la remota antigüedad o de un pueblo salvaje y primitivo, sino de mediados del siglo xx y de una de las sociedades más tecnificadas y cultas de su época. Tampoco se refiere a un pueblo señaladamente sanguinario e inhumano, sino a uno normal, en el que sólo unos 350 de los 90 000 médicos alemanes aceptaron la realización de estos crímenes, con los resultados escalofriantes que después se han conocido. Y todo esto fue posible porque se aceptó la teoría de las “vidas

humanas sin valor vital”, es decir, las vidas que, por su precariedad, no merecen ser vividas.

Se podría contraponer que, en los países en los que la eutanasia está legalizada o despenalizada, la muerte no es impuesta por un gobierno dictatorial, sino que es solicitada voluntariamente por los enfermos. ¿Es eso cierto? Actualmente la eutanasia no es un delito en el Benelux, Canadá y Colombia. Lo mismo sucede con el suicidio asistido en Suiza, Alemania, Japón, en algunos estados de EE. UU. (Washington, Oregón, Colorado, Vermont, Montana y California) y en uno de Australia (Victoria). El caso holandés es significativo por ser el primero y es aquél en que se ha hecho más evidente la llamada pendiente resbaladiza o plano inclinado (empezar realizando eutanasia en casos excepcionales y acabar realizándola en pacientes que no han dado su consentimiento). En este sentido es bastante ilustrativo el caso relatado por Elisabeth Mahase en el *British Medical Journal* (una de las principales revistas de medicina) en septiembre de 2019. En él se cuenta como un médico holandés había sido absuelto por un juez tras realizar eutanasia a una paciente con demencia cuya situación clínica impedía que la solicitara.

También la experiencia del aborto acredita que las leyes permisivas se aprueban presuntamente para dar solución a determinados casos extremos especialmente dramáticos para la sensibilidad común, pero acaban creando una mentalidad que trivializa el aborto provocado hasta convertirlo en un hecho socialmente admisible que se realiza por motivos cada vez más nimios. Con la eutanasia no tiene por qué ocurrir algo distinto: la legislación permisiva se presenta como una solución para “casos límite” de “vida vegetativa”, “encarnizamiento terapéutico”, etc. y acaba siendo una opción normal ante casos de enfermedad o declive biológico más o menos irreversible. La teoría de la pendiente resbaladiza o deslizante es un clásico argumento consecuencialista que se ha aplicado a la eutanasia para deducir que, una vez legalizada en casos de solicitud voluntaria, el clima social conduce a los médicos y a los familiares a deslizarse hacia su aplicación en casos de enfermos inconscientes o incapaces que no han expresado su autorización.

En Holanda se ha comprobado su exacto cumplimiento puesto que ya hace años se reconocieron cifras importantes de casos de eutanasia no solicitada, cuando en un principio solo se defendía su aceptación en casos de solicitud expresa y reiterada, como un ejercicio de autonomía. En 1984 se despenalizó la eutanasia en los Países Bajos, mediante dos sentencias del Tribunal Supremo. Entre 1992 y 1994 se aprobaron distintas reglamentaciones sobre la eutanasia y en el 2000 la liberalización de la misma. Finalmente, el año 2002, se aprobó la ley Korthalst/Borst que es la que actualmente regula a la eutanasia en ese país. En el momento de despenalizar la eutanasia la Corte Suprema holandesa exigió cinco condiciones: petición del paciente enteramente libre y voluntaria; petición estable, bien considerada y persistente; sufrimientos intolerables sin perspectivas de mejora; eutanasia como último recurso y deber del médico de consultar con un compañero independiente con experiencia en este campo.

La historia muestra que estos límites «infranqueables» se han ido traspasando. La primera ampliación de la ley permitió la eutanasia a pacientes que desearan morir, aunque no fueran enfermos incurables en estado terminal. Posteriormente, se admitió que la eutanasia se podía aplicar a los enfermos que experimentasen un sufrimiento psíquico o moral, y no sólo dolor físico. Además, mientras que al principio era el médico el que debía probar que había cumplido las condiciones establecidas, ahora es el Fiscal el que debe probar que el médico no cumplió los requisitos, antes de poder iniciar una causa legal. Se han simplificado los «procedimientos de notificación», y se ha reconocido el valor legal a las declaraciones de voluntad anticipada. Pero quizás la novedad más impactante ha sido la regulación de las peticiones de eutanasia por parte de menores de edad: entre los 12 y 16 años inclusive se exige el consentimiento de los padres, y entre los 16 y 17 años los menores pueden decidir de manera independiente, si bien los padres deben participar en la decisión. El control social es también prácticamente nulo, pues los médicos frecuentemente no lo notifican. Actualmente, aproximadamente la mitad de los casos de eutanasia no se comunican, y esto parece estar relacionado con no consultar la decisión con otro médico. Por último, 1 de cada 7 se realizan en personas que no han dado su consentimiento. Por lo tanto, podemos concluir que en Holanda sí se ha cumplido la teoría de la pendiente resbaladiza, con el siguiente orden:

A: ley que autoriza la eutanasia o el suicidio asistido si se dan tres requisitos:

- 1.º plena voluntariedad,
- 2.º condición de enfermo terminal,
- 3.º padecer dolores insoportables.

B: se permite la eutanasia no voluntaria e involuntaria (pacientes en coma, recién nacidos con malformaciones, ancianos dementes o enfermos con perturbaciones mentales).

C: se permite la eutanasia o el suicidio asistido en enfermos incurables no terminales, o que no están en situación irreversible, o con enfermedades de las que se pueden curar.

D: se permite la eutanasia por motivos de sufrimiento psicológico, por pérdida de la autonomía, escasa calidad de vida, sentimiento de ser una carga económica, etc.

Lo veremos en capítulos posteriores, pero me gustaría desde ya aclarar que un gobierno no puede atribuirse el derecho a legalizar la eutanasia, pues la vida del inocente es un bien que supera el poder de disposición tanto del individuo como del Estado.

La ética debe fundamentar el derecho, pero se trata de dos conceptos diferentes, que, aunque tengan mucho en común no se identifican. La ética se interroga sobre el juicio moral de una determinada conducta, mientras que las leyes se ocupan de garantizar el respeto de los derechos de los componentes de la sociedad, en un clima de convivencia pacífica y de justicia.

Desde el punto de vista ético respondemos ante nuestra conciencia y desde el punto de vista legal ante la autoridad competente, teniendo el Estado la posibilidad de intervenir según establezca la ley.

Pero esta capacidad de intervención no actúa directamente a partir de un juicio moral, sino a partir de una valoración política. Dicho en otras palabras, lo que puede ser aceptado o rechazado desde la ética, no tiene por qué ser regulado, de manera

automática, sin evaluar previamente y con seriedad las consecuencias sociales de dicha ley. Actualmente los sistemas democráticos tienden a considerar que las normas éticas se pueden conseguir mediante la creación de consensos y el voto. Esto ha generado situaciones muy graves. La pregunta que debe hacerse, en el análisis final, siempre debería ser: “¿Este precepto respeta la dignidad de esta persona en particular, especialmente si es frágil y no tiene posibilidad de defensa?”.

También es importante señalar que distintas instituciones y organizaciones médicas internacionales se han pronunciado de forma unánime contra la eutanasia. La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su recomendación 1.418, aprobada el 25 de junio de 1999 pidió que se garantice el acceso de los enfermos terminales a los cuidados paliativos y recuerda que la eutanasia, aún voluntaria, contraviene el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos que afirma que “la muerte no puede ser infringida intencionalmente a nadie”. Los 41 diputados exhortaban a los Gobiernos a mantener “la prohibición absoluta de poner fin intencionalmente a la vida de los enfermos incurables y de los moribundos”.

La *American Medical Association* decidió apoyar en el Congreso una ley que prohibiría la cooperación al suicidio en todo el país. Esta asociación, la más grande del país, reiteró en junio de 2019 la oposición de los médicos de EE. UU. a la eutanasia, “imposible de controlar y un riesgo para la sociedad”. Esta reciente declaración es particularmente importante, ya que se ha producido ante las presiones para que modificase su código ético.

La Asociación Médica Mundial considera contrarios a la ética tanto el suicidio con ayuda médica como la eutanasia, por lo que deben ser condenados por la profesión médica: “El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana”, “la eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la ética” y “la eutanasia es incompatible con el papel del médico como sanador, sería difícil o imposible de controlar y plantearía serios riesgos para la sociedad. La eutanasia podría extenderse fácilmente a pacientes incompetentes y otras poblaciones vulnerables”. En octubre de 2017 la Asociación Médica Mundial reiteró su firme oposición al suicidio asistido y a la eutanasia, ya que constituye una práctica de la medicina contraria a la ética.

También la Organización Mundial de la Salud considera que “con el desarrollo de métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la eutanasia. Además, ahora que existe una alternativa viable a la muerte dolorosa, debieran concentrarse los esfuerzos en la implementación de programas de tratamiento paliativos, antes que ceder ante las presiones que tienden a legalizar la eutanasia.”

La Cámara de los Lores Británica también rechazó la eutanasia en 1994 mediante el Informe Walton, en el que se advirtió de la imposibilidad de establecer límites seguros para la eutanasia voluntaria.

Por último, la cuestión de la eutanasia / suicidio médicamente asistido se analizó con profundidad y se rechazó en 1994 en el informe de la *New York State Task Force on Life*

*and The Law.*

La constitución española reconoce el derecho a la vida de todos los seres humanos, y el resto de las leyes, en especial el Código Penal, protegen este derecho prohibiendo todo atentado contra la vida de cualquier ser humano e imponiendo las más severas penas a quien quita la vida a otro. El Código Penal español protege la vida humana (con la lamentable excepción del aborto) considerando como delito toda acción voluntaria realizada por una persona para matar a otro ser humano; y estableciendo que a quien mate a otro se le impondrá la pena de privación de libertad más grave que existe en España.

Es lógico que así sea, porque todo ser humano tiene derecho a la vida por el mero hecho de pertenecer a la especie humana, por el mero hecho de ser uno de nosotros, con independencia de su edad, raza, grado de salud o cualquier otra circunstancia. Este es un convencimiento básico de la humanidad, fundamento de la conciencia ética, que, gracias al progreso moral y jurídico de los hombres y las naciones, ha llegado a ser afirmado por todas las sociedades civilizadas y protegido por todos los ordenamientos jurídicos.

El Código Penal no contiene ninguna regulación especial de la eutanasia, pues considera homicidio tanto al que se comete por “compasión” o para evitar el dolor como al que se comete por cualquier otro motivo. Nuestras leyes no mencionan el término “eutanasia” en absoluto. Sin embargo, el artículo 143 del Código Penal de 1995 tipifica la inducción al suicidio en el punto 1, en el 2 la cooperación necesaria y en el 3 la cooperación hasta el extremo de causar la muerte, sancionándolo con entre 6 y 10 años. El punto 4 es particularmente relevante ya que reduce la pena en uno o dos grados para “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”.

Matar es siempre delictivo para las leyes españolas, sin que importe el motivo, pero la suavización de la pena anteriormente mencionada puede ser preocupante si se utiliza como punto de partida para una posible legalización.

Por otro lado, el Tribunal Constitucional ha negado que exista un derecho a morir protegido por la Constitución, cuando se le ha planteado la legitimidad de la Administración y los Tribunales para ordenar la alimentación forzosa de terroristas encarcelados y en peligro de muerte por huelga de hambre.

El bien jurídico protegido por el Artículo 143.4 del Código Penal es la vida humana, ya que es ésta la que se regula en la Constitución Española y, como señalan las sentencias del Tribunal Constitucional “tiene, por consiguiente, el derecho a la vida, un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte”, “no es posible admitir que la Constitución garantice en su Artículo 15 el derecho a la propia muerte”. Por lo tanto, ni existe un derecho a la propia muerte, ni existe el reconocimiento del derecho subjetivo a la libre disposición sobre la propia vida. Admitir el derecho a morir en un determinado momento

no es una frase inocente y sin contenido, sino que significaría exigir al Estado (y a otras personas de la comunidad) el deber de secundar este deseo.

## LAS CONSECUENCIAS SOCIALES DE LA EUTANASIA

MUCHOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN han hecho publicidad a favor de la eutanasia desde hace más de tres décadas, describiéndola como un acto valeroso, sabio y progresista, lo mejor que se puede hacer por la familia, por la sociedad y por uno mismo. Básicamente se aprovechan los casos más extremos buscando una sensiblería en torno a este tema. En una sociedad cada vez más superficial, el sentimentalismo se convierte en un caldo de cultivo perfecto para el florecimiento de una eutanasia que se vende como la solución de las enfermedades avanzadas.

La experiencia muestra que esto no es cierto, que la eutanasia implica que los pacientes se sientan desprotegidos, que los ancianos se nieguen a ser ingresados en hospitales o a tomar las medicinas, que haya minusválidos que se sienten amenazados, y familias que acaban destrozadas. En el excelente artículo “Muerte bajo demanda: ¿la eutanasia ha ido demasiado lejos?” publicado en 2019 en *The Guardian*, Christopher de Bellaigue muestra de forma clara, con nombres y apellidos, estas consecuencias en la sociedad holandesa. El periodista también denuncia la propuesta conjunta de los ministros de Salud y Justicia de una píldora de “vida acabada” que otorgaría a cualquier persona mayor de 70 años el derecho a recibir un veneno letal, eliminando por completo de la ecuación al médico. Aunque, de momento, la fragmentación de la política holandesa y de su coalición de gobierno detuvo la propuesta, los médicos y especialistas consultados esperaban que en breve se presentase un proyecto de ley de “vida acabada” ante el Parlamento.

Por otro lado, también las principales revistas médicas están dedicando espacios cada vez más amplios a tratar los problemas del final de la existencia de los enfermos y, aunque en la mayoría de los casos esto se hace desde el respeto a la vida humana, cada vez hay más artículos que pretenden abrir una puerta a la eutanasia.

De todos modos, a diferencia del suicidio, en la eutanasia se implica siempre una tercera persona, que además es un profesional sanitario, a quien la sociedad confía el cuidado de aquellas personas que, por su enfermedad, son especialmente débiles y vulnerables. Por esta razón la eutanasia tiene unas implicaciones sociales que no pueden perderse de vista.

En Estados Unidos se ha estudiado de forma exhaustiva la opinión de los ciudadanos acerca de la eutanasia, pudiéndose resumir en la regla de los tercios: un tercio está contra

la eutanasia, un tercio a favor y el último tercio sólo la apoyaría en circunstancias extremas (como dolores intensos incontrolables). Hay varios aspectos destacables de estas encuestas. Primero, que, aunque se ha escrito mucho sobre las diferencias entre eutanasia y suicidio médicamente asistido, las encuestas demuestran que para el público en general dicha diferencia no existe. Segundo, que la presencia de situaciones de dolor incontrolado es el argumento más esgrimido por los partidarios de la eutanasia, y la mayoría sólo apoyaría la eutanasia en estos casos. Tercero, que las encuestas también han puesto de manifiesto que la mayor parte de los médicos no consideran éticos ambos procedimientos (eutanasia y suicidio asistido). Es más: de entre los médicos, son precisamente aquellos que más presencian la muerte de sus pacientes y que más peticiones de eutanasia reciben (como los especialistas en cuidados paliativos y los oncólogos), los que más la rechazan. Por último, las encuestas demuestran que el rechazo a la eutanasia es mayor no sólo entre las personas que se consideran más religiosas sino también entre las de mayor edad. Estos datos deben tomarse con precaución ya que es difícil saber hasta qué punto los ciudadanos encuestados estaban seguros del significado de cada término y del alcance de los factores. Entre los médicos, que supuestamente comprenden mejor las preguntas realizadas, disminuye el número de facultativos favorables a la eutanasia.

Entre médico y paciente, el acto médico se basa en una relación de confianza, donde el enfermo confía al galeno el cuidado de su salud, un aspecto primordial de su vida, de sí mismo. Pactar una muerte intencionada no entra en el proceso curativo. La eutanasia no es, por tanto, una forma de medicina, no es remover obstáculos para obtener una mejora, aplicar remedios para sanar, etc., sino “acabar con el problema y con quien lo padece”. Hay muerte buscada, hay homicidio; y si la practica un médico, niega la misma esencia de la Medicina.

Es el final de la confianza depositada durante milenios en una profesión que siempre se ha comprometido a no provocar la muerte intencionalmente ni bajo ningún supuesto. Es la deshumanización de la medicina. Solamente desde el respeto absoluto es posible concluir que todas las vidas humanas son dignas, que ninguna es dispensable o indigna de ser vivida.

Además, la eutanasia frena el progreso de la medicina. Los médicos se vuelven indiferentes hacia determinados tipos de enfermedad, disminuye el interés para indagar en los mecanismos patogénicos de la senilidad, de la degeneración cerebral, del cáncer en estado terminal, de las malformaciones bioquímicas o morfológicas, etc. Como la eutanasia es frecuentemente una opción sustitutiva de los cuidados paliativos, una opción rápida, barata y definitiva del problema del sufrimiento, impediría también el desarrollo de los cuidados paliativos.

La eutanasia no es una técnica, un recurso de la Medicina: la expulsa, la sustituye. Se vuelve contra el médico, le afecta emocional y psicológicamente. Cuando un médico ha dado muerte a un paciente *por piedad hacia él*, ha dado un paso de muy difícil retorno. Los pacientes con la misma patología se parecen mucho entre sí en síntomas, reacciones y sufrimientos. Cuando un médico se ha sentido *apiadado* de un enfermo hasta el punto

de decidir quitarle la vida para ahorrarle padecimientos, será relativamente fácil que experimente idéntico estado de ánimo ante otro que padezca el mismo mal; y esta circunstancia puede sobrevenir con frecuencia, porque la especialización profesional impone la necesidad de tratar a enfermos muy semejantes. En tal situación, las virtudes propias del médico (la no discriminación en el tratamiento a unos u otros enfermos, la previsión de dolencias o complicaciones futuras) se convierten en factores potencialmente multiplicadores de la actividad eutanásica, porque es muy difícil determinar la frontera que separa la gravedad extrema de la situación crítica, o los padecimientos enormes de los sufrimientos insoportables, sean físicos o anímicos.

Es paradójico que, en medio de una corriente contra un excesivo poder del médico (por la información asimétrica que posee frente al paciente), se pretenda fomentar la eutanasia, que precisamente cede al médico el poder absoluto.

La eutanasia produciría un debilitamiento de la confianza del enfermo hacia el sistema sanitario. El desarrollo del modelo de organización sanitaria en muchos países, con la universalización de la atención, supone un avance social indiscutible. Sostener este modelo sobre principios éticos que respeten una buena práctica clínica ligada a la equidad y al reconocimiento de la autonomía de los ciudadanos, requiere el establecimiento de prioridades en la administración de unos recursos siempre limitados. Esto exige un esfuerzo muy notable a los profesionales sanitarios, que no siempre pueden satisfacer las demandas de los pacientes. En este contexto, una ley de eutanasia podría generar desconfianza hacia los profesionales de la salud al entenderse que su aplicación no sería indiferente para la economía de una institución sanitaria. Todo ello permite aventurar la hipótesis de que una legislación permisiva con la eutanasia frenaría la implicación, tanto científica como asistencial, de algunos médicos y profesionales de la salud en la atención a unos enfermos sin posibilidad de curación, que requieren una considerable dedicación de tiempo y recursos humanos.

Un riesgo para los más débiles. El establecimiento de una norma pública permisiva para la eutanasia podría trasladar un mensaje social a los pacientes más graves e incapacitados, que pueden verse coaccionados, silenciosa e indirectamente, a solicitar un final más rápido por considerarse una carga inútil para sus familias y para la sociedad. Tanto más fuerte sería esta presión cuanto más comprometidas fueran las circunstancias de la enfermedad, o la precariedad de la atención médica y familiar. De tal modo que los pacientes más débiles o en peores circunstancias serían los más presionados. También abre la puerta a una discriminación económica, ya que los pacientes con peor situación socioeconómica pueden sentirse más coaccionados. Paradójicamente, lo que pretendería promover la autonomía de las personas se convertiría en una sutil pero eficaz arma de coacción social. Por otro lado, aunque se desconocen los efectos de la eutanasia en los familiares de los pacientes, sí podemos prever que la eutanasia produciría un clima de desconfianza, no sólo frente al sistema sanitario, pero también frente a la familia.

Tampoco sabemos cómo afectaría al trasplante de órganos. Nuestro país es el número uno mundial en donaciones por mil habitantes. En la sustitución de tejidos y órganos está implícita la participación de un donante, el que en forma voluntaria y altruista dona un

tejido (sangre, piel, médula ósea) o un órgano (córnea, riñón, hígado, corazón, pulmón) para el trasplante a un receptor. La donación exige la autorización de la familia, y es lícito dejar de aplicar tratamientos desproporcionados a un paciente cuando este ha perdido toda actividad cerebral. Sin embargo, no lo es cuando el cerebro del paciente conserva ciertas funciones vitales, si esa omisión provocase la muerte inmediata. La posibilidad de eutanasia podría producir desconfianza respecto al sistema sanitario: ¿estará mi familiar verdaderamente muerto o quieren *eutanasiarlo* para obtener sus órganos?

## TRATAMIENTOS PROPORCIONADOS Y ORDINARIOS

¿HASTA DÓNDE LLEGAR? ¿CUÁNDO Y CÓMO PARAR? Las decisiones en lo que respecta a las medidas diagnósticas y terapéuticas en pacientes con enfermedades avanzadas no son fáciles. Una retirada de un tratamiento que mantiene a un paciente con vida puede ser un acto de eutanasia, si la terapia era acorde con su situación clínica. O, por el contrario, puede ser una simple limitación de un medio desproporcionado, cuyo uso estaba sometiendo a la paciente a un “ensañamiento terapéutico”, alargando una situación de sufrimiento sin expectativa vital alguna y con una insoportable calidad de vida.

Como hemos visto en anteriores capítulos, el fin perseguido (terminar la vida en el caso de la eutanasia) es clave a la hora de interpretar la acción. Los grandes avances de la medicina han contribuido a prolongar considerablemente la esperanza de vida en el mundo desarrollado, mejorando de manera indiscutible las condiciones sanitarias y elevando la calidad de vida de la población. Actualmente se dispone de medidas capaces de dar soporte vital prolongado incluso a pacientes con enfermedades irreversibles, lo cual está generando preocupación al conocer que, a veces, se efectúan intervenciones médicas, diagnósticas o terapéuticas que producen sufrimientos inútiles en enfermos incurables, o que no cuentan con el adecuado consentimiento informado. Cada vez más, no todo lo médicamente posible es médicamente correcto.

El uso de los medios diagnósticos y terapéuticos, en una medicina cada vez más tecnificada, frecuentemente plantea problemas. En muchos casos, la complejidad de las situaciones puede ser tal que haga surgir dudas sobre el modo de aplicar los principios de la moral. Tomar decisiones corresponderá en último análisis a la conciencia del enfermo o de las personas cualificadas para hablar en su nombre, a su familia y a sus médicos. La cuestión es hasta qué punto un medio es “proporcionado” y “desproporcionado o fútil” para un paciente determinado con una patología determinada y en un momento determinado. En cada caso, se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación, con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.

Es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Esto incluye, lógicamente, la participación en ensayos

clínicos en los que se están probando nuevas terapias. Aceptando estos ensayos, además de actuar en su propio beneficio, el enfermo también puede ser un ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad. También es lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos.

De hecho, no existe, ni por parte del médico, ni del paciente, un deber moral de agotar toda posibilidad de vida. Al tomar estas decisiones, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de los médicos. Si el médico, ante la certeza moral que le dan sus conocimientos de que los medios diagnósticos o terapéuticos ya no proporcionan beneficio al enfermo y sólo servirán para prolongar su agonía inútilmente, se obstinara en continuar el tratamiento y no dejara que la naturaleza siguiera su curso, nos encontraríamos ante un caso de encarnizamiento terapéutico. Aquí hay que recordar que la misión de la medicina no es evitar la mortalidad (todos somos mortales), sino actuar sobre la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable.

El encarnizamiento o ensañamiento terapéutico o distanasia (del griego “dis”, mal, algo mal hecho, y “thánatos”, muerte) es etimológicamente lo contrario de la eutanasia, y consiste en retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir sufrimiento al moribundo. Es una prolongación exagerada del proceso de morir, resultante del empleo inmoderado de medios terapéuticos extraordinarios, desproporcionados o fútiles (que previsiblemente no lograrán el efecto buscado). Se refiere a aquellas prácticas médicas con pretensiones diagnósticas o terapéuticas que no benefician realmente al enfermo y le provocan un sufrimiento innecesario, generalmente en ausencia de una adecuada información.

Detrás de la obstinación médica suelen encontrarse dos causas principales: el déficit de competencia profesional y la desviación del auténtico fin de la medicina hacia otros intereses que no son los del paciente (científicos, políticos, económicos, sociales, etc.). En cualquier caso, nos encontramos ante una conducta que siempre se ha considerado — y se sigue considerando— contraria a la ética profesional.

De hecho, el término “encarnizamiento terapéutico” lleva implícito un componente de crueldad, y ocurre cuando el avance científico y tecnológico supera su regulación legal y ética. Los enfermos graves o en estado crítico generalmente se encuentran en las Unidades de Cuidados Intensivos, con equipos sofisticados en procedimientos diagnósticos y terapéuticos: catéteres arteriales y venosos, sondas, monitores, respiradores, bombas de infusión, transfusiones, nutrición parenteral, antibióticos y fármacos vasoactivos, por mencionar algunos. Todas estas medidas no son inocuas, con frecuencia son invasivas, tienen riesgo y pueden ocasionar molestias y complicaciones.

En la distanasia o encarnizamiento terapéutico se insiste en la aplicación de medidas desproporcionadas, cuyo beneficio real es poco probable en pacientes graves que, de acuerdo con la experiencia previa y los pronósticos, son considerados terminales o no recuperables. La aplicación de estas medidas fútiles, a pesar de las molestias, riesgo, costo económico y moral, no tiene justificación técnica ni ética. El ingreso mismo de los enfermos en una unidad especial puede constituir una distanasia si son pocas las

probabilidades de recuperación y si sospechamos que ese ingreso puede no aportar ningún beneficio al paciente. En otras ocasiones cabe hablar más propiamente de ensañamiento terapéutico, cuando se utiliza a enfermos terminales para experimentar con tratamientos o instrumentos nuevos. Aunque no suceda en nuestros días, la historia, por desgracia, aporta algunos ejemplos.

Una regla básica es que es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: es más bien aceptar la condición humana, o evitar un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar. Refiriéndonos siempre al enfermo terminal y ante la inminencia de una muerte inevitable, médicos y enfermos deben saber que es lícito conformarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer, y que el rechazo de los medios desproporcionados no equivale al suicidio o a la omisión irresponsable de la ayuda debida a otro.

Por tanto, es lícito en conciencia renunciar a unos tratamientos que supondrían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir las curas normales debidas al enfermo en casos similares. El deseo de los médicos y los profesionales de la salud 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, no es defendible.

Más bien, en enfermos en fase terminal (enfermedad avanzada, progresiva e irreversible, con pronóstico vital limitado, con síntomas intensos, múltiples y multifactoriales, resistentes al tratamiento activo específico) hemos de respetar la autonomía personal y su posibilidad de rechazar tratamientos. Es legítimo que un enfermo moribundo prefiera esperar la muerte sin poner en marcha acciones médicas con resultados insignificantes. Esta actitud, por la ambigüedad del lenguaje, podría confundirse, para los no avisados, con la actitud eutanásica, pero existe una diferencia absolutamente esencial: *la que va de la aceptación de la muerte inevitable a su provocación intencionada.*

La discusión frecuente entre los médicos es la de cómo distinguir los medios proporcionados de los desproporcionados. Lamentablemente, no hay una respuesta general y debemos tener en cuenta factores tan cambiantes como la situación del paciente, el estado de la investigación, las condiciones técnicas del hospital, el nivel medio de la asistencia sanitaria en el país, etc. La solución es individualizar cada caso. Lo que respecto a un paciente en unas circunstancias concretas se estima como medio proporcionado, puede no serlo en otro. De hecho, así ocurre constantemente en la realidad cotidiana. Lógicamente, como sucede en otros muchos aspectos de la vida, pueden darse casos concretos en que sea difícil adoptar una decisión ética y profesionalmente correcta. En estas situaciones, una norma moral adecuada es prescindir de los posibles motivos egoístas de la propia decisión y acudir al consejo de otros expertos. Estos casos complejos deben discutirse en profundidad, idealmente en sesiones

clínicas con otros médicos y profesionales sanitarios. Con estos requisitos, nos podremos equivocar, pero no tomaremos una decisión irreversible sin meditarla suficientemente.

Por último, me gustaría finalizar este capítulo distinguiendo dos ámbitos de decisión:

- En primer lugar, el ámbito científico/técnico, en el que el médico determina si una determinada medida es adecuada para el paciente por el beneficio que esperamos de ella (medida *proporcionada*).
- El otro es el ámbito subjetivo del paciente, que valora la agresión de esa medida desde su perspectiva como enfermo, que incluye también factores psicológicos, económicos y sociales. Si la medida es aceptable hablamos de que es ordinaria. Un determinado tipo de quimioterapia puede ser una medida proporcionada para dos pacientes con el mismo cáncer avanzado, por el beneficio que se espera de ella. Sin embargo, para uno puede resultar ordinaria y para otro que, por ejemplo, viva en un pueblo muy distante del hospital dónde se va a aplicar, extraordinaria. Aunque en ocasiones puede ser difícil establecer la diferencia entre medidas proporcionadas y desproporcionadas, estas últimas y también las extraordinarias a menudo representan un riesgo para el enfermo y le producen incomodidad, dolor o sufrimiento, o son fútiles. Las medidas ordinarias o proporcionadas incluyen casi siempre medidas habituales de apoyo, como la alimentación, hidratación, movilización, aseo, fisioterapia. De cualquier forma, cada caso debe de ser individualizado en función de la patología y la situación clínica del paciente.

## ESTADO VEGETATIVO PERMANENTE. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES

EL ESTADO VEGETATIVO (término que debería ser reformado por su carácter despectivo y por aludir a una condición de falta de humanidad del paciente) se verifica en algunos pacientes al salir del estado de coma, y se caracteriza por una situación prolongada en la que el paciente parece no tener conciencia de sí mismo o del entorno. La fisiopatología de esta disfunción todavía no está clara, y las lesiones cerebrales que pueden provocarla son de diferente tipo y en muchas zonas.

El paciente, incluso alternando el sueño con el estado de vela, no manifiesta respuestas de aparente sentido. No es una enfermedad terminal y no necesita máquinas para garantizar las funciones vitales. Los pacientes en estado vegetativo respiran espontáneamente, digieren naturalmente los alimentos, realizan otras funciones metabólicas y se encuentran en una situación estable. No pueden, sin embargo, alimentarse por sí mismos. Si no se les suministra artificialmente alimento y líquido, mueren, y la causa de la muerte no es una enfermedad o el estado vegetativo, sino la inanición y la deshidratación. Por ello, estos pacientes necesitan atención, en particular hidratación y alimentación, a veces con paciencia por la boca, más a menudo con una sonda, y ocasionalmente con una cánula en la pared abdominal mediante una gastrostomía.

En pacientes en estado vegetativo no se puede excluir una rudimentaria percepción del dolor, pues hay estudios que constatan la persistencia de procesos rudimentarios de reconocimiento y discriminación de los estímulos. Una prueba indirecta de que existen dudas de orden neuroanatómico y neurofisiológico sobre la falta total de percepción del dolor en estos pacientes es que se les suele sedar en los últimos quince días de vida, cuando se decide interrumpir su hidratación y nutrición. Por otra parte, el estado vegetativo se diagnostica muy a menudo con ligereza. Hay un alto porcentaje de diagnósticos equivocados, incluso dentro de instituciones sanitarias cualificadas. Existen cuadros neurológicos con un estado de prolongada reducción de los niveles de conciencia que no es estado vegetativo.

Cuando el estado vegetativo se prolonga más de un año, se ha acuñado la expresión “estado vegetativo permanente”, pero este diagnóstico clínico solo se refiere al hecho de

que, desde el punto de vista estadístico, cuanto más se prolonga, más improbable es la recuperación del paciente.

Aunque eso es cierto, a veces el calificativo es incorrecto, pues hay más de un caso documentado en la literatura médica de personas que han vuelto de un estado “vegetativo” tras recibir tratamiento apropiado, incluso después de muchos años. Se puede afirmar que la ciencia médica, hasta el día de hoy, no es aún capaz de predecir con certeza quiénes podrán recuperarse y quiénes no. Las escasas esperanzas de recuperación cuando el estado vegetativo se prolonga más de un año, no pueden justificar éticamente el abandono o la interrupción de los cuidados mínimos que merece el paciente, incluidas la alimentación y la hidratación. Si estas se suspenden, solo cabe esperar la muerte por hambre y sed. Y si se hace consciente y deliberadamente, termina siendo una verdadera eutanasia por omisión.

El paciente en estado vegetativo es una persona, necesitada de curas cariñosas. La discusión entre moralistas e instituciones sanitarias católicas, en los años pasados, ha versado sobre la continuación indefinida de la hidratación y nutrición, cuando disminuyen las esperanzas de que el paciente recupere ni siquiera parcialmente la conciencia. Para algunos, prolongar la hidratación y la nutrición puede considerarse ensañamiento terapéutico, y se ha llegado a suspender la hidratación y la nutrición incluso en algunos hospitales católicos norteamericanos. Otros, sin embargo, interpretan la suspensión de las curas como eutanasia por omisión, pues su ausencia aboca a la muerte de manera inevitable. Respecto al uso de nutrición e hidratación artificial, y teniendo en cuenta lo ya mencionado, es difícil verlo como un medio desproporcionado. Además, en algunos casos la decisión de alimentar por sonda y no por vía oral se toma por comodidad de la familia o de los cuidadores, por lo que no parece que este factor deba ser determinante. Las presiones de sociedades científicas, magistrados y familiares a favor de la suspensión de la hidratación y la nutrición pueden ser muy fuertes, como sucedió con el caso de Terri Schiavo en los Estados Unidos. Se atribuye a esa vida un escaso valor, y se reduce fuertemente su «calidad». Pero es también fuerte la resistencia de quien ve en tales procedimientos un método subrepticio para autorizar “de hecho” la eutanasia en países en que está prohibida, extendiéndola luego, como ya está ocurriendo, a las demencias, al retraso mental o al infarto cerebral.

La hidratación y la nutrición tienen que ser considerados medios proporcionados al objetivo que se proponen, el de nutrir al paciente. Por ello deben considerarse obligatorios, aunque sean suministrados a través de una cánula. El enfermo en estado vegetativo, en espera de su recuperación, por improbable que sea, o de su fin natural, tiene derecho a una asistencia sanitaria básica (alimentación, hidratación, higiene, calefacción, etc.), y a la prevención de las complicaciones que se derivan del hecho de estar en cama. Tiene también derecho a una rehabilitación específica y a la monitorización de los signos clínicos de su eventual recuperación.

La sociedad debe apoyar con atenta solidaridad a las familias de los pacientes en estado vegetativo, pero la nutrición y la hidratación sólo pueden ser interrumpidas si ya no logran su efecto, o si imponen graves cargas al paciente o a los familiares, algo que

no debería ocurrir en países desarrollados, en los que la asistencia básica no debería ser un lujo. La suministración artificial de agua y alimento generalmente no impone una carga pesada ni al paciente ni a sus familiares. No conlleva gastos excesivos, está al alcance de cualquier sistema sanitario medio, no requiere de por sí hospitalización y es proporcionada a su finalidad: impedir que el paciente muera por inanición y deshidratación. No es ni tiene la intención de ser una terapia resolutoria, sino un cuidado ordinario para conservar la vida. Puede constituir una carga notable tener un pariente en estado vegetativo, si ese estado se prolonga en el tiempo, pero es una carga semejante a la de atender a un tetrapléjico, a un enfermo mental grave, a un paciente con Alzheimer avanzado, etc. Todos ellos son personas que necesitan asistencia continua por espacio de meses, e incluso años.

Es importante distinguir entre medios proporcionados y desproporcionados, y entre tratamientos terapéuticos y cuidados normales que se deben prestar al enfermo. Como ya hemos mencionado, ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia. Pero no deben interrumpirse los cuidados normales. Y menos aún los cuidados ordinarios a quienes no se encuentran ante una muerte inminente, como lo es generalmente quienes entran en estado vegetativo: para ellos, la causa de la muerte sería precisamente la interrupción de los cuidados ordinarios. El suministro de agua y alimento, incluso por vía artificial, es, en principio, un medio ordinario y proporcionado para la conservación de la vida de los pacientes en estado vegetativo, y se debe asegurar incluso a los que caen en estado vegetativo permanente, porque se trata de personas con una dignidad humana irrenunciable.

La hidratación y la alimentación podrían suprimirse en tres casos:

- en regiones muy aisladas o extremadamente pobres, donde no son físicamente posibles. Permanece la obligación de ofrecer los cuidados mínimos disponibles y de buscar, en lo posible, los medios necesarios para un adecuado mantenimiento vital.
- cuando el paciente no puede asimilar alimentos y líquidos.
- cuando implica para el paciente una carga excesiva o una notable molestia física (vinculada, por ejemplo, a complicaciones en el uso del instrumental empleado).

Salvo en estos casos muy excepcionales, la nutrición e hidratación, incluso por vías artificiales, se consideran medios ordinarios y proporcionados.

## SENTIDO DEL DOLOR Y DEL SUFRIMIENTO

ACTUALMENTE VIVIMOS EN UNA SOCIEDAD en la que el dolor y el sufrimiento se evitan a toda costa. El dolor físico es ciertamente un elemento inevitable de la condición humana. A nivel biológico, constituye un signo cuya utilidad es innegable en la mayoría de las ocasiones. Sin embargo, el dolor atañe también a la vida psicológica del hombre: a menudo supera su utilidad biológica y puede caber el deseo de eliminarlo a cualquier precio. La medicina es, por antonomasia, la ciencia dirigida a remediar el dolor y el sufrimiento. Desde una perspectiva técnica se contempla el dolor como aquello que ha de ser curado y, por tanto, lo único que interesa del dolor es su desaparición. Los adelantos científicos y el perfeccionamiento de las técnicas nos han acostumbrado a exigir un remedio para todos y cada uno de los males. La cultura dominante incluye pensar que el hombre es ya capaz de casi todo, o que lo será en breve. Con esta mentalidad, el dolor y el sufrimiento son inadmisibles. Gran parte de la sociedad occidental identifica la felicidad con el placer, por lo que se tiende a evitar a toda costa lo molesto o desagradable. El hombre actual se ha hecho débil, y es cada vez menos resistente al dolor y al sufrimiento.

Aunque lo anterior es cierto, si adoptamos una visión trascendente, el dolor —sobre todo el de los últimos momentos de la vida— asume un significado positivo que puede ser muy profundo e importante para algunos enfermos. No es de extrañar que, en ocasiones, algunos pacientes deseen moderar el uso de analgésicos, para aceptar voluntariamente al menos una parte de sus sufrimientos. Lo que comento está bien lejos de imponer un comportamiento heroico, ni siquiera ligeramente: son decisiones que atañen a cada enfermo, y como tales deben ser personalísimas.

La prudencia humana sugiere el uso de las medicinas adecuadas para aliviar o suprimir el dolor, aunque de ello se deriven, como efectos secundarios, entorpecimiento o menor lucidez. Como ya comentamos, es lícito usar incluso analgésicos que produzcan la pérdida de la conciencia como efecto secundario no deseado (sedación terminal). En estos casos, los pacientes que lo deseen tienen el derecho de satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, y prepararse con plena consciencia a la muerte. Además, la sedación terminal debe ser siempre el último recurso, ante la incapacidad de aliviar las molestias del paciente sin privarle de la conciencia: no es lícito, por tanto, privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo.

Pese a lo anterior no podemos negar que comprender el sentido del dolor y el sufrimiento es un desafío, sobre todo para los no creyentes. El sufrimiento humano es también humano en el sentido de que lo generamos los hombres. Pero este dolor y sufrimiento también se puede transformar en un bien. Así estos padecimientos adquieren un sentido moral, para el crecimiento y la madurez espiritual de cada individuo. El dolor y el sufrimiento no sólo no son absurdos, sino que pueden constituir una condición insustituible para la plenitud y madurez humanas. Por ello, el sufrimiento y el dolor pueden verse como oportunidades de purificación.

El excesivo miedo al sufrimiento nos puede hacer caer en la tentación de evitarlo a toda costa, algo que, como hemos visto, lleva a la eutanasia: cuando ya no se puede detener el sufrimiento, se acaba con la vida. El dolor tolerado es aceptación de algo que nos excede, de algo que no entendemos, pero que, sin embargo, está lleno de sentido. El dolor y el sufrimiento son lugares por excelencia de la aceptación. Por otro lado, el miedo excesivo genera más angustia, sufrimiento y dolor.

Desde la perspectiva del enfermo, un aspecto importante es lo que transmitimos a nuestro alrededor, el ejemplo que damos. A mí esto me cuestiona especialmente como padre. Si atravesara una enfermedad avanzada, sólo por el hecho de transmitir unos determinados valores a mis hijos, creo que intentaría vivir la vida hasta el final con la mayor alegría posible, como un reto más. Por otra parte, aceptar la dependencia, los cuidados, exige humildad y generosidad (estamos acostumbrados a ayudar, pero no a ser ayudados). Estos también son valores de crecimiento. Aceptando la ayuda contribuimos a que otras personas sean más compasivas y humanas (mientras que empujando a la eutanasia fomentamos el endurecimiento y la insensibilidad).

Debemos valorar el ejemplo que damos a los jóvenes sobre cómo tratamos a nuestros mayores que sufren. ¿Queremos transmitirles que vamos a librarnos lo antes posible de todo aquello que nos estorba? ¿Cómo nos tratarán ellos a nosotros entonces?

El sociólogo Zygmunt Bauman, ganador del premio Príncipe de Asturias, acuñó el término “modernidad líquida” para referirse a nuestra sociedad, que huye de cualquier tipo de relación que exija responsabilidad. Se crea así un hombre que huye de todo compromiso, de una vida sin lazos. Sin ellos, no hay problemas emocionales. En este contexto no tiene cabida la muerte ni el sufrimiento, y son contemplados como algo de lo que hay que deshacerse lo más rápido posible. Bauman murió en 2017 a los 91 años, tras finalizar *Retrotopia*, su obra publicada a título póstumo. En ella propone como salida retroceder para así volver a adquirir los valores humanos del pasado.

He de hacer una advertencia. En mi vida profesional y personal he podido comprobar cómo la existencia del dolor y del sufrimiento, particularmente la de ciertos sufrimientos que se consideran injustos, es motivo, no pocas veces, de rebelión. Pero también sucede, con cierta frecuencia que situaciones muy dolorosas pueden ser la puerta de entrada a una visión trascendente. Este debe de ser un motivo más para mostrarnos cercanos a los que sufren, también durante largos periodos. A veces se requiere tiempo, incluso mucho tiempo, para que la respuesta a la pregunta “¿Por qué existe el sufrimiento?” comience a ser percibida interiormente.

## MUERTE = MUERTE CEREBRAL. TRASPLANTES

CUANDO PENSAMOS EN LA MUERTE, solemos imaginar un proceso más o menos prolongado en el que poco a poco nuestro corazón deja de latir y nuestros pulmones dejan de funcionar.

Sin embargo, lo que determina que estemos vivos o muertos no es el corazón. Y lo digo yo, que soy cardiólogo. Hay suficiente evidencia científica para equiparar la muerte encefálica a la muerte del individuo, y esto es importante, ya que es posible que las funciones cardiorrespiratorias se paren y la vida continúe, gracias a soportes mecánicos (es decir, uno puede estar vivo pese a que corazón y pulmones no funcionen). Por otro lado, puede suceder lo contrario, que el corazón y los pulmones funcionen pero que el paciente esté muerto, por muerte cerebral.

Los respiradores artificiales y las asistencias circulatorias permiten que, sin actividad cerebral, se puedan mantener con vida otros órganos. Para aclarar esta cuestión creo que puede resultar útil el siguiente ejemplo. Supongamos que a alguien le cortan la cabeza, pero mantienen funcionando el resto de su cuerpo. Pienso que todos diríamos que esa persona ha muerto. La muerte es la muerte cerebral o encefálica. Un cuerpo sin cerebro no está vivo, no tiene alma. Pues bien, con cierta frecuencia se producen situaciones similares al corte de cabeza por traumatismos, accidentes de tráfico, infartos o hemorragias cerebrales. Hoy tenemos bastantes medios para diagnosticar la muerte cerebral, aunque el cuerpo siga funcionando con ayuda de una ventilación artificial, etc.

En esta situación se nos presenta la opción de donar los órganos. Es siempre una situación difícil: un cónyuge, un padre o un hijo acaban de fallecer, y alguien viene a pedirte su corazón, su hígado o sus riñones. Indudablemente, la donación es un acto de generosidad, pero pensar en el enorme beneficio que van a obtener los enfermos que están esperando también puede ser motivo de satisfacción y alivio. La donación de órganos es un auténtico acto de amor. Son muchos las instituciones, religiones y sociedades científicas que la promueven. Ahora bien, la ética y la legislación española se oponen a la obtención de órganos de cadáveres de personas que no dieron su consentimiento explícito en vida o que, en su lugar, tampoco fue otorgado por sus familiares, por considerar que solo es legítimo retirar los órganos de un fallecido si este (o su familia) los ofreció expresamente. La ley entiende que solo es legítima esta práctica si procede de un don que la persona hizo en vida (o su familia, a posteriori). Es decir, la donación de órganos después de la muerte es un acto noble y meritorio, que debe ser

alentado como manifestación de solidaridad generosa. Pero es moralmente inadmisiblesi el donante o sus legítimos representantes no han dado su explícito consentimiento.

La muerte cerebral suele producirse por lesiones masivas del cerebro, como las que suceden en los ejemplos anteriormente mencionados. Se considera que se produce cuando ocurre el cese completo e irreversible de todas las funciones cerebrales. Es importante tener en cuenta los matices de esos dos términos: “completo” e “irreversible”. Así, para que se diagnostique una muerte cerebral es necesario que se certifique que no existe posibilidad de recuperación, y para ello se precisa la realización de pruebas y la aplicación de protocolos muy sistematizados. Estos protocolos incluyen exámenes físicos que confirmen ausencia de reacción a la estimulación e incapacidad para respirar sin soporte artificial, y pruebas neurofisiológicas, como el electroencefalograma, que no registre actividad cerebral. También es necesario descartar intoxicaciones por psicofármacos o drogas, hipotermia y problemas metabólicos (niveles de ciertas sustancias en sangre, muy altos o muy reducidos).

Una vez se diagnostica la muerte cerebral del paciente, se puede proceder a la desconexión del soporte vital artificial. La decisión es responsabilidad del médico y no puede estar condicionada por los familiares. El paciente no fallece por la retirada de las medidas de soporte, sino justamente a la inversa: *se interrumpe la asistencia reanimadora porque el paciente ha fallecido*. Mantener la ventilación mecánica y el soporte cardiocirculatorio supone una inexcusable contradicción con el diagnóstico de muerte cerebral. Sin embargo, si el paciente ha querido donar los órganos, o sus familiares han dado permiso para ello, dichos órganos pueden ser extraídos y trasplantados, incluyendo aquellos órganos que se han mantenido artificialmente, como el corazón. La donación solo es posible si el órgano se mantiene en funcionamiento.

Quiero ahora adentrarme en la limitación del tratamiento de soporte vital (limitación del esfuerzo terapéutico) y en la donación a corazón parado (asistolia). Es importante esclarecer que son dos situaciones totalmente distintas: la primera no presenta apenas dilemas éticos ni clínicos, pero la segunda, que analizaremos a continuación, es más compleja.

Existen enfermos que, pese a no tener muerte cerebral, presentan una situación clínica muy grave e irreversible, en la que ya no existe expectativa vital. Se les mantiene con vida de forma artificial. En esas circunstancias se puede plantear a la familia la *limitación del tratamiento de soporte vital* (la ventilación mecánica, y las medicaciones y tratamientos ya inútiles por la situación irreversible del paciente). Es importante entender que esto se hace con mucha frecuencia en las unidades de cuidados intensivos, y que para nada depende de la posibilidad de una futura donación a corazón parado.

Pues bien, en los casos en los que se plantea esta situación se abre la puerta a la donación, tras el fallecimiento por parada cardiorrespiratoria. Es decir, se trata de una donación de órganos que acontece pocos minutos después de diagnosticar el fallecimiento por los criterios clásicos de cese de las funciones cardiaca y respiratoria. Este procedimiento exige que se apliquen velozmente una serie de procedimientos en las unidades de cuidados intensivos y en los quirófanos, pues los equipos médicos deben

intervenir con la máxima rapidez, tras el fallecimiento, para impedir el deterioro de la función de los órganos donados. Nuestro país cuenta con programas de donación en asistolia en casi todas las comunidades autónomas, así como con un documento de consenso en este campo. Para que no existan salvedades del punto de vista ético ni moral, la limitación del tratamiento de soporte vital no puede estar condicionada por la ulterior donación, y ambas decisiones y actuaciones deben de ser realizadas por equipos médicos distintos.

Cabe hacer, por último, unas consideraciones *sobre la donación en vida*. Para que sea moral y éticamente aceptable, deben cumplirse los siguientes criterios:

- a) que el donante lo otorgue libre y responsablemente, después de haber sido suficientemente informado;
- b) que las garantías de éxito sean proporcionales a los inconvenientes para el donante;
- c) que el órgano sea doble (riñones) o regenerable (parte del hígado, sangre, médula ósea). Es decir, el trasplante de órganos es conforme a la ley moral si los daños y los riesgos físicos y psíquicos que padece el donante son proporcionados al bien que se busca para el destinatario.

## 10.

### CALIDAD DE VIDA, VIDA DIGNA Y MUERTE DIGNA

*¿Existen en el cosmos llaves que puedan abrir mi escafandra? ¿Una línea de metro sin final? ¿Una moneda lo bastante fuerte para comprar mi libertad? Hay que buscar en otra parte. Allá voy.*

JEAN-DOMINIQUE BAUBY,  
*La Escafandra y la Mariposa*

EN 2017 UN GRUPO DE CIENTÍFICOS internacionales publicó en la prestigiosa revista *PLOS Biology* el novedoso trabajo *Brain-Computer Interface-Based Communication in the Completely Locked-In State*. En él, los autores estudiaron a cuatro pacientes en situación de síndrome del cautiverio (*locked-in syndrome*) completo. En esta situación los pacientes están conscientes, pero no son capaces de realizar ningún movimiento voluntario, por lo que no hay posibilidad de comunicarse con ellos. Cuando el síndrome es parcial, hay alguna parte del cuerpo capaz de movimiento voluntario.

Este es el caso del personaje de ficción M. Noirtier de Villefort en *El Conde de Montecristo*, de Alejandro Dumas, descrito como un “cadáver con ojos vivos”, que se comunica con movimientos oculares y con otras expresiones. Su nieta lo ayuda a formar frases recitando el alfabeto o recorriendo páginas del diccionario con su dedo hasta que él señale una letra o una palabra.

Algo parecido le sucedió a Jean-Dominique Bauby, el periodista francés autor de *La Escafandra y la Mariposa*, que “escribió” con un párpado, la única parte de su cuerpo que podía mover.

Volviendo al estudio de pacientes con el síndrome del cautiverio completo, la novedad fue que, por primera vez, usando técnicas computacionales para el análisis de la actividad cerebral, los investigadores pudieron comunicarse con los pacientes. Para mí, lo más interesante de esta investigación es que los pacientes pensaron/respondieron de forma repetida “Sí” cuando se les preguntaba si tenían una actitud positiva hacia su situación actual y hacia la vida en general. Es decir, eran felices.

He querido traer aquí estos datos por dos motivos. El primero es que nos demos cuenta de lo subjetivo que es el término “calidad de vida”. El segundo, plasmar cómo la ciencia está traspasando nuevas fronteras y cómo, al hacerlo, nos puede abrir puertas a una visión trascendente.

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad del paciente y por el entorno en el que vive. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio, que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia y sus relaciones sociales, así como por su relación con los elementos esenciales de su entorno». La calidad de vida del paciente con una enfermedad terminal depende, pues, de las molestias que le ocasionan los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, del control del dolor, los cuidados generales, la alimentación, el aseo y la integración en el medio social y familiar.

Lamentablemente, el concepto anterior frecuentemente se confunde con la dignidad. La dignidad humana, es congénita y ligada a la vida desde su inicio, al margen de sus condiciones concretas, lo cual está estrechamente vinculado a la base de los derechos humanos fundamentales y a la radical igualdad de todos los seres humanos. La dignidad es independiente del deterioro de la calidad de vida. De lo contrario, estaríamos privando de dignidad y de valor a personas que padecen graves limitaciones o severos sufrimientos psicofísicos, y que justamente por ello precisan de especial atención y cuidado. La igual dignidad de los seres humanos está recogida en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre. Cuando —en términos coloquiales— se habla de unas condiciones de vida indignas, las que son indignas son las condiciones o los comportamientos de quienes las consienten, pero no la vida del enfermo. Si no valoramos al ser humano desde su dignidad nunca habrá reciprocidad, y la sociedad se volverá desconfiada, no sólo de un sistema sanitario subjetivo y utilitarista, sino de su propio entorno.

El dolor y la muerte no son criterios aptos para medir la dignidad humana, pues esta conviene a todos los seres humanos por el hecho de serlo; el dolor y la muerte serán dignos si son aceptados y vividos por la persona; pero no lo serán si alguien los instrumentaliza para atentar contra esa persona. El ser humano siempre, en todo caso y situación, es excepcionalmente digno, ya esté naciendo, viviendo o muriendo. Decir lo contrario es ir directamente en contra de aquello que nos singulariza y cohesionamos como sociedad. En este argumento subyace, pues, la grave confusión entre la dignidad de la vida y la dignidad de la persona. En efecto, hay vidas dignas y vidas indignas, como puede haber muertes dignas y muertes indignas. Pero por indigna que sea la vida o la muerte de una persona, en cuanto tal, la persona tiene siempre la misma dignidad, desde la concepción hasta la muerte, porque su dignidad no se fundamenta en ninguna circunstancia, sino en el hecho esencial de pertenecer a la especie humana. Por eso los derechos humanos están establecidos para todos, con independencia de su condición, su estado de salud, su raza o cualquier otra circunstancia.

En el año 2007 el Dr. Harvey Max Chochinov, de la Universidad de Manitoba, en Canadá, publicó en el *British Medical Journal* un excelente artículo en el mostraba que la percepción de dignidad que tienen los pacientes, particularmente aquellos con enfermedades terminales, depende en gran medida del médico que los atiende. Este autor sugiere unos cuidados necesarios para conservar la dignidad, sintetizados en el siguiente ABCD:

A: Actitud. Los pacientes se miran en sus médicos como en un espejo. Si no perciben una actitud positiva, tampoco la tendrán. Es bien conocido el caso de pacientes daneses que presentaban cánceres avanzados. Cuando a estos pacientes no se les ofreció más tratamientos, ni contacto alguno con el sistema sanitario, presentaron unas altas tasas de suicidio.

B: *Behaviour* – Comportamiento. Acciones tan sencillas como ofrecer al paciente un vaso de agua, acercarle las gafas, ajustarle la almohada, preguntar por una foto, etc., indican que estamos ante una persona que merece esa atención. Otras simplemente son una muestra de respeto, como pedir permiso antes de realizar la exploración física, hacer ver al paciente que comprendemos su malestar ante una exploración, no hablar con el paciente (salvo para dar instrucciones o animar) durante un examen hasta que se hayan vestido o cubierto de forma apropiada. Finalmente hay acciones necesarias para permitir una adecuada comunicación, como hacer ver al paciente que tiene nuestra total atención. Además, los médicos debemos:

- Sugerir que esté siempre presente un familiar, sobre todo si se va a dar información compleja o “difícil”;
- abordar los temas de la esfera privada en un ambiente que respete la privacidad del paciente;
- hablar al paciente desde una posición cercana;
- ofrecer con frecuencia explicaciones al paciente y a la familia;
- dar información en un lenguaje comprensible y no hablar de la situación del paciente en términos que él no entienda cuando está presente;
- preguntar siempre al paciente si tiene dudas y
- asegurarle que habrá más oportunidades para la preguntas que puedan surgir.

C: Compasión. Con una percepción sentida del sufrimiento del paciente que se puede mostrar simplemente con una mirada de comprensión, un toque en el hombro, brazo o mano, y con otras formas de comunicación, habladas o no.

D: Diálogo. El diálogo nos debe permitir conocer al enfermo como persona. Chochinov nos pone tres ejemplos que compara a operar a oscuras: tratar un paciente con una artritis severa sin saber que es músico, a una mujer con un cáncer avanzado desconociendo que es la única responsable de sus dos hijos pequeños, o a un paciente moribundo sin saber que es profundamente religioso. Obtener el contexto vital del paciente es fundamental para su dignidad, para ello es conveniente que el médico le pregunte: “¿Qué debo saber de usted, como persona, que me ayude a tratarle mejor?”.

Con el fin de legalizar la eutanasia y de darle mayor respetabilidad social, existen algunas personas y grupos que interpretan que la vida humana no merece ser vivida más que en determinadas condiciones de plenitud. Frente a ellas, la convicción mayoritaria considera, por el contrario, que la vida humana es un bien superior y un derecho inalienable e indisponible, es decir, que no puede estar al albur de la decisión de otros, ni de la de uno mismo.

Sin embargo, ya hay personas que piensan, incluso de buena fe, que hay situaciones en las cuales la vida humana está tan deteriorada que no puede decirse que sea propiamente humana. Para quienes así razonan, mantener a estas personas con vida es, más que un acto de protección y respeto, una forma de tortura disfrazada de humanitarismo. Es necesario, pues —concluyen—, plantearse seriamente la legalización de la eutanasia para estos casos extremos y definitivos, por doloroso que sea, porque una

vida así no merece ser vivida. Lamentablemente, este pensamiento se está introduciendo cada vez con más fuerza, incluso en el ambiente sanitario. Se ha sugerido que el incrementar el número de personas con discapacidad que estudien medicina podría ser una buena forma de concienciar a aquellos médicos que dudan del valor de algunas vidas humanas.

La vida humana es el fundamento de muchos bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social. El derecho a la vida deriva directamente de la dignidad de la persona, y todos los seres humanos, por enfermos que estén, ni dejan de ser humanos ni su vida deja de merecer el máximo respeto. Olvidar este principio por la visión dramática de minusvalías profundas conduce inexorablemente a hacer depender el derecho a la vida de la calidad de esta, lo que abre la posibilidad de colocar la frontera del derecho a la vida con arreglo a “controles de calidad” cada vez más exigentes, según el grado de egoísmo o de comodidad que impere en la sociedad.

Por último, la muerte digna es un concepto distinto de los dos anteriores. Los pacientes con enfermedades terminales tienen derecho a tener una serie de cuidados y atenciones en los últimos momentos de su vida, incluyendo: no sufrir inútilmente, que se respete su libertad de conciencia, conocer la verdad de su situación, decidir sobre sí mismo y sobre las intervenciones a que se le haya de someter, mantener un diálogo confiado con médicos, familiares y amigos, y recibir asistencia espiritual.

Hay mucha confusión sobre la muerte con dignidad. Ignorar la dignidad de la vida abre la puerta a malinterpretar la muerte. Se puede pretender que la vida sólo tiene valor si es productiva, y si proporciona placer y bienestar. Según esta visión, la muerte, considerada “absurda” cuando interrumpe por sorpresa una vida todavía abierta a un futuro rico de posibles experiencias interesantes, se convierte por el contrario en una “liberación reivindicada” cuando se considera que la existencia carece ya de sentido, por estar sumergida en el dolor e inexorablemente condenada a un sufrimiento posterior más agudo. Se llega, por ello, a sobreestimar la autonomía humana con respecto a la vida. El temor de una muerte prolongada o dolorosa y la preocupación de convertirse en una carga para los seres queridos hace que algunos caigan en la tentación de adueñarse de la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo así fin, “dulcemente”, a la propia vida o a la de otros.

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. Para conseguir una muerte digna es esencial tener en cuenta las necesidades del paciente de forma integral, tanto las físicas —sobre todo el dolor, que con tratamientos adecuados se puede controlar en la casi

totalidad de los casos—, las psíquicas —sentirse seguro, confiado en el equipo de profesionales que le trata, acompañado y no abandonado, poder amar y ser amado— y las espirituales.

## 11. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y LA DECISIÓN DE NO REANIMAR

LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN cardiopulmonar protocolizada comenzaron a desarrollarse y generalizarse, tal y como las conocemos en la actualidad, a principios de la década de 1960, e incluyen el masaje cardíaco externo, la respiración artificial y un choque eléctrico que intenta revertir la causa más frecuente de parada cardíaca (fibrilación ventricular). Pueden realizarse por profesionales de la salud, pero también por cualquier persona entrenada.

Desde el principio se vio que no tenía sentido la aplicación rutinaria de estas maniobras a cualquier paciente que sufría un paro cardíaco, y podría prolongar el calvario de muchos pacientes terminales a los que se le realizaban repetidas reanimaciones logrando únicamente prolongar su agonía. Para evitarlo se escribieron distintas guías locales dirigidas al personal médico sobre el uso adecuado de recursos para proteger a algunos pacientes de procedimientos infructuosos. Ante las dudas sobre la idoneidad de las maniobras de reanimación en determinados pacientes, la *American Heart Association* fue la primera sociedad científica que propuso formalmente en 1974 incluir las decisiones de no reanimar en los evolutivos del paciente, y comunicarlo a todo el personal que lo atendía.

Estas órdenes de “no reanimar” se usan cada vez más. Por poner un ejemplo, de los 2,2 millones de muertes que se producen en Estados Unidos al año, el 80 % son hospitalarias. Aproximadamente, en 1,5 millones de estos casos la muerte viene precedida por decisiones explícitas sobre la suspensión o el inicio de tratamientos médicos. En España la situación es muy similar. Además, está demostrado que el significado de las órdenes de “no reanimar” va más allá de la decisión de no realizar la resucitación cardiopulmonar. De hecho, los pacientes con órdenes de “no reanimar” tienen una probabilidad de morir 30 veces superior que aquellos que no las tienen, tras ajustar, por la severidad de la enfermedad, factores pronósticos y edad: lo que sugiere que estas órdenes reducen la calidad de la asistencia. Estas órdenes se usan con más frecuencia en los ancianos y, en los Estados Unidos, en las personas de raza negra, los alcohólicos o en aquellos que no hablan inglés, apuntando a que los médicos tienen estereotipos sobre a quién no merece la pena salvar. La edad es la variable que más se relaciona con las órdenes de no reanimar, y también se ha demostrado que las medias de

soporte vital avanzado se retiran con más frecuencia en ancianos. Cada vez son más los datos que apuntan a la existencia de “*ageism*” (traducido como discriminación por motivo de edad, “viejismo” o “etarismo”) en la práctica médica.

Las órdenes de “no reanimar”, hasta en dos tercios de los casos, se escriben sin consultar previamente al paciente o a su familia, aunque no se debería de privar a los enfermos de la posibilidad de resucitación sin discutirlo previamente. La mayoría de los pacientes y familiares consideran esencial hablar con los médicos acerca de la muerte y de las órdenes de “no resucitar”; pero para los médicos es difícil este diálogo. Además, los médicos raramente sugieren a los pacientes que incluyan a sus familias en las decisiones de resucitación.

Los principales motivos de los médicos para no hablar con los pacientes y/o la familia sobre las órdenes de “no reanimar” son: no considerar el estado de la enfermedad tan avanzado, la posibilidad de molestar al paciente, el malestar que genera este diálogo en el médico, la falta de oportunidad y la creencia de que es una responsabilidad de otro profesional, como el médico de atención primaria.

Por otro lado, se ha cuestionado la necesidad de discutir la posibilidad de resucitación cardiopulmonar en todos los pacientes con enfermedades terminales, ya que en pacientes sin posibilidad de recuperación el realizar una resucitación podría ir en contra del principio de no maleficencia. Otro dato que plasma la dificultad en la toma de decisiones de “no reanimar” es que los índices de calidad de vida no se relacionan con los deseos de recibir resucitación.

La decisión de no reanimar puede originar, tanto en el paciente y sus familiares como en el médico responsable y en el resto de los profesionales sanitarios que lo atienden, una serie de sentimientos, miedos e incertidumbres que en la mayoría de los casos se evitarían con una adecuada explicación y comprensión de lo que significa e implica una orden así.

De hecho, en la actualidad existe un intento de llamarla “orden de no intentar la reanimación” o, mejor aún, como “orden de permitir una muerte natural”, para enfatizar que lo que se ordena es permitir las consecuencias naturales de la enfermedad, y que se debe continuar o incluso fomentar el resto de cuidados a aplicar en el final de la vida. Estas órdenes, deben figurar de forma clara y explícita en la historia clínica tras el consenso con el paciente o con su representante o familiar en caso de incapacidad. Únicamente en el caso de parada cardiorrespiratoria se prohíben el uso de medidas de reanimación, y solo se deben aplicar si el enfermo se encuentra inconsciente y sin pulso. Es la única orden que requiere del consentimiento previo del paciente para que NO se le realice un acto médico (la reanimación cardiopulmonar).

Un dato importante, que la mayoría de la población desconoce, es que la tasa de éxito de una reanimación tras una parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria es baja (en torno al 22%). Este dato también es poco conocido entre los médicos, pero, sobre todo, entre los pacientes. De hecho, aunque hasta un 80% de los pacientes y familias han oído hablar de técnicas de reanimación cardiopulmonar, su principal fuente es la televisión, donde la tasa es muy elevada.

Otro tema relevante es el de los desfibriladores automáticos implantables (DAIs), que cada vez se usan más. Los DAIs, de aspecto similar a un marcapasos, son muy útiles y han demostrado aumentar la supervivencia en muchas cardiopatías. Pero pueden ser un serio problema en los momentos finales de la vida. Estos aparatos están programados para dar un doloroso choque eléctrico en caso de parada cardíaca. Por ello, debe plantearse la necesidad de desactivarlos en todo paciente con enfermedad terminal. Se habla de desactivación pasiva (no cambiar el generador cuando la batería se está agotando) y activa (la desconexión del desfibrilador propiamente dicha).

La presencia de DAIs en pacientes con enfermedades terminales, sean o no cardiológicas, es ya un problema frecuente. El equipo del Dr. Goldstein, tras entrevistar a los familiares de 100 pacientes que murieron con un DAI, mostró que sólo se planteó la posibilidad de desconexión del aparato a 27 pacientes, 21 de los cuales la aceptaron. Estos autores también encontraron que el desfibrilador produjo choques en el último mes de vida a 27 pacientes, y en 8 de ellos en los últimos minutos de vida, varios con múltiples choques y el consiguiente malestar. Incluso entre pacientes con órdenes de “no resucitar”, sólo se desactivó el desfibrilador en menos del 45% de los casos. Se ha documentado el caso de un paciente ingresado en un centro de cuidados paliativos que recibió más de 50 choques en el último día de su vida.

En España, las Sociedades Científicas de Cuidados Paliativos, Cardiología y Geriátrica han publicado un documento conjunto con unas recomendaciones claras, que eviten situaciones similares. Para una situación de urgencia, es bueno saber que un imán colocado por encima de estos aparatos los desactiva. Aunque lo ideal es utilizar imanes específicamente diseñados para este fin, que tienen forma de donut, los estudios demuestran que otros imanes también pueden ser efectivos. En algunos casos incluso los pequeños imanes que todos tenemos en la puerta del frigorífico.

## 12. EL PARADIGMA DE LA AUTONOMÍA

LA AUTONOMÍA (DEL GRIEGO *autòs*, “uno mismo”, y *nòmos*, “norma” o “ley”) es, en términos generales, la capacidad de tomar decisiones sin influencia de otro. Actualmente existe una tendencia a sobrevalorar la autonomía y la elección del paciente en lo que respecta a las decisiones sobre el fin de la vida y, de hecho, muchos de los problemas entre pacientes con enfermedades terminales (tratamiento inadecuado de los síntomas, cuidados paliativos defectuosos, realización de intervenciones costosas e inefectivas, aislamiento social de los moribundos y sus cuidadores) tienen su origen o se pueden agravar por esta ilusión de la elección del paciente.

La decisión en cuanto a la indicación, realización o suspensión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos en enfermos moribundos no siempre es fácil, dada la gama de circunstancias, que en los últimos años se ha incrementado por el vertiginoso avance científico y tecnológico. Como ya hemos comentado, en nuestra sociedad es muy raro dejar esta vida sin toparse con la biomedicina. Aunque a mediados del siglo pasado este contacto era muy paternalista y el paciente influía poco o nada en la toma de decisiones, actualmente nos situamos en el otro extremo, y se espera que el paciente participe activamente y esté bien informado. Este abordaje se basa en cuatro presunciones:

- que el momento de la muerte se puede predecir;
- que el concepto de paciente terminal es objetivo, mensurable y susceptible de ser transmitido al paciente;
- que la elección es un componente fundamental en las decisiones terapéuticas, que prevalece sobre otros factores —como los límites de la fisiología o la disponibilidad de recursos—, olvidando que frecuentemente no hay nada que decidir y que hacerlo puede ser una falsa ilusión, ya que la capacidad de decisión del paciente con enfermedad terminal es muy limitada;
- por último, y lo que es más problemático, se asume que todos los individuos pueden, rutinariamente y de forma confortable, confrontar y considerar tanto su propia muerte como el proceso de deterioro físico de forma racional. Incluso personas mentalmente competentes en otros ámbitos pueden no serlo a la hora de decidir sobre su propia muerte, por desesperación, miedo y sentimientos de debilidad o de ser una carga no deseada.

Este “paradigma de la autonomía” idealiza las capacidades del paciente para participar de forma activa e informada en el proceso de toma de decisiones. La autonomía se ha unido e incluso igualado a los otros pilares de la bioética (beneficencia, no maleficencia y justicia), hasta parecer que se obliga a los pacientes moribundos a elegir entre la vida y la muerte. Se presenta al paciente la posibilidad de elección en situaciones en las que la elección depende completamente de la interpretación del médico y de cómo la presente este. Sin embargo, para la adecuada interpretación de las actitudes y reacciones ante la muerte y para la toma de decisiones, es necesario tomar como marco de referencia los preceptos de la bioética anteriormente mencionados, que incluyen, pero no se limitan, a la autonomía:

1. Beneficencia y no maleficencia, o sea el mayor beneficio y el menor daño posible, extremando los beneficios y minimizando los riesgos;
2. Autonomía (libertad en la decisión del médico, del enfermo y sus familiares) y respeto por las personas, sus opiniones y elecciones; y
3. Justicia, con una equitativa distribución de los recursos económicos, técnicos y humanos en la atención de la salud, con imparcialidad en la distribución de los riesgos y beneficios.

Se trata de principios *prima facie*, es decir, obligan siempre que no entren en conflicto entre sí; en caso de colisión, los principios se jerarquizan a la vista de la situación concreta, sin reglas previas que den prioridad a un principio sobre otro. Se debe, por tanto, individualizar cada caso.

Evidentemente, las decisiones no solo corresponden al médico: la participación del enfermo consciente y orientado, o de sus familiares, es fundamental. Esto no significa que dicha participación se deba magnificar. Las decisiones en los momentos finales de la vida requieren conocimientos detallados de fisiología y del proceso de la enfermedad, entender la cultura y el conocimiento médico, y los pacientes generalmente no conocen o están poco informados de los detalles de su enfermedad, su pronóstico y su tratamiento. También la frecuencia con la que se dice la verdad a los pacientes con enfermedades terminales varía enormemente entre los distintos países. Se asume que los médicos en el Norte de Europa y en Estados Unidos dicen más la verdad, mientras que es más raro en los países mediterráneos (aunque esta situación podría estar cambiando). Curiosamente, la magnificación del principio de autonomía, insistiendo en la toma de decisiones por parte del enfermo, puede ser un impedimento para mejorar la comunicación médico-paciente.

Además, los enfermos frecuentemente tienen opiniones ambivalentes, y con frecuencia cambian de opinión de forma radical y en poco tiempo. Incluso la opinión del paciente sobre su papel y el de los demás, a la hora de tomar decisiones, cambia durante el ingreso. Otro motivo que cuestiona el “paradigma de la autonomía” son las reacciones psicológicas y las fases por las que pasan los pacientes, cuando averiguan que son portadores de una enfermedad que amenaza su vida. Estas reacciones generalmente incluyen negación, incredulidad, ira, agresividad, rabia, transacción, regateo, depresión y

soledad. Todas ellas suelen preceder a la resignación, alivio, aceptación y esperanza, limitando de forma importante la capacidad de toma de decisiones del paciente y haciendo particularmente difícil el consentimiento informado en estas situaciones. También las personas cercanas al enfermo, familiares y amigos, frecuentemente presentan reacciones psicológicas similares. Por todo ello, la beneficencia debe prevalecer sobre la autonomía, razón de más si, como hemos mencionado, consideramos que, en las condiciones de estos enfermos, su capacidad de comprensión, juicio y raciocinio está muy limitada. Además, cuando existe, el propio deseo de muerte es un claro indicio de autonomía deficitaria.

Por otro lado, las directrices del tipo “documento de últimas voluntades” no han demostrado ser la solución de la toma de decisiones. Aunque los estudios demuestran que la coincidencia entre las voluntades del paciente y las expresadas por el familiar encargado de la toma de decisiones (o por el médico) es pobre, la mayoría de los pacientes prefieren que, en caso de conflicto, se siga la opinión del familiar (o la de su médico), y no sus propias opiniones previamente expresadas en un “documento de últimas voluntades”. Se ha sugerido que los testamentos vitales y otras directrices distraen, ya que hacen pensar que los pacientes están al mando en todo el proceso de la muerte, cuando, en realidad, no es así. Y sucede porque el documento de últimas voluntades no es capaz de plasmar todas las posibilidades que pueden plantearse.

Si por “testamento vital” se entiende la expresión de la voluntad de una persona de renunciar a que le sean aplicados medios desproporcionados para alargarle artificial o mecánicamente la agonía cuando ya no sea posible salvarle la vida, tal testamento es válido jurídica y éticamente. Sin embargo, los testamentos vitales no deben incluir disposiciones contrarias a la ética, como declaraciones que expresen que uno no desea recibir ni agua ni alimento.

El derecho a la vida tiene un carácter irrenunciable, y la disposición sobre la propia vida es un acto moralmente rechazable. Pero la eutanasia con frecuencia se defiende desde la perspectiva del derecho del paciente a la autonomía.

Sin embargo, si la eutanasia es legal muchos pacientes tienen una presión indirecta a la hora de decidir, con lo que, paradójicamente se reduce su autonomía. Más allá de la cuestión ya comentada, magnificar el principio de autonomía para poder superar a otros, como el de la beneficencia conviene especificar hasta qué punto se puede verificar el grado de autonomía en la decisión del paciente que pide eutanasia.

El porcentaje de pacientes afectados por una enfermedad que ha llegado a la fase terminal y que en un momento dado está dispuesto a pedir la anticipación de la muerte oscila entre el 1 % y el 5 %. Es adecuado evidenciar la clara diferencia que existe entre actitud, deseo y petición de eutanasia, dado que, como hemos visto, los deseos son fluctuantes y ambivalentes. Además, están subordinados a condiciones hipotéticas.

En la base de la petición eutanásica se encuentran tanto factores ligados a la condición del paciente como externos a él. Entre los primeros, dos elementos claves que pueden estar en la base de la petición de eutanasia son la depresión y la desesperación. Entre los segundos, se han identificado numerosos factores capaces de empujar a la persona

gravemente enferma a pedir la eutanasia: la impresión de haberse convertido en una carga para los demás, la menor cohesión familiar, pero también el menor adiestramiento psicoterápico de los médicos y la voluntad de estos de anticipar la muerte del paciente.

Está claro que, a pesar de contar con una excelente medicina paliativa, siempre habrá peticiones de eutanasia. Existen estudios controvertidos en población norteamericana donde el control de los síntomas tiene un impacto limitado sobre las decisiones al final de la vida, las cuales parecen estar más relacionadas con aspectos psicosociales y creencias. Además, el dolor no suele ser un factor fundamental a la hora de solicitar o recibir eutanasia. La depresión y también otros trastornos psicológicos, frecuentemente no tratados, sí se asocian de forma constante y repetida con el interés por la eutanasia. Este dato es preocupante, ya que hasta un 42 % de los pacientes con enfermedades terminales pueden padecer depresión mayor. También es cada vez más frecuente la eutanasia o el suicidio médicamente asistido motivado por la sensación de “ser una carga”.

Por todo ello, las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; estas en efecto son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. La experiencia demuestra que cuando un enfermo que sufre pide que lo maten, en realidad está pidiendo casi siempre que le alivien los padecimientos —tanto los físicos como los morales, que a veces superan a aquellos: la soledad, la incomprensión, la falta de afecto y consuelo en el trance supremo—, y que cuando el enfermo recibe alivio físico y consuelo psicológico y moral, deja de solicitar que acaben con su vida.

Sorprendentemente, la causa más frecuente de solicitud de eutanasia no es el dolor físico (frente al que, por otro lado, disponemos de medidas terapéuticas eficaces, incluso, como hemos visto, la posibilidad de recurrir a la sedación terminal) sino, la vivencia de sufrimiento intenso, personal, además del generado en la familia; incluso la sensación de carga familiar y social que conlleva no encontrar sentido a la propia existencia. Por eso es tan importante rodear al paciente de una atmósfera de afecto y cariño, que le evite sentirse una carga y experimentar que, aún con esas dificultades, la vida merece la pena ser vivida.

## 13. CUIDADOS PALIATIVOS

LOS CUIDADOS PALIATIVOS, según la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos, son aquellas atenciones que se dan a un paciente con una enfermedad potencialmente mortal, en fase avanzada y al que no afectan los tratamientos curativos.

Según el *National Cancer Institute* de los Estados Unidos, «los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente que incluye a profesionales de la salud y a voluntarios que proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a enfermos terminales y a sus seres queridos».

Los cuidados paliativos ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad. Una de las metas principales de los cuidados paliativos es el control del dolor y de otros síntomas, para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible.

Los servicios de cuidados paliativos están disponibles para personas que ya no pueden beneficiarse de los tratamientos curativos; el paciente típico de cuidados paliativos tiene un pronóstico de 6 meses de vida, o menos. Los programas de cuidados paliativos proporcionan servicios en varias situaciones: en el hogar, en centros de cuidados paliativos, en hospitales o en establecimientos capacitados para asistir enfermos. Las familias de los pacientes son también un enfoque importante de los cuidados paliativos, y los servicios están diseñados para proporcionarles la asistencia y el apoyo que necesitan.

Recientemente, la Organización Médica Colegial ha apoyado el pronunciamiento del Comité Permanente de Médicos Europeos sobre la eutanasia, según el cual «el deber principal de un médico y el de su equipo respecto al cuidado de los pacientes terminales consiste en facilitar toda la gama de cuidados paliativos, y esto incluye aliviar o prevenir el sufrimiento, y dar al paciente la asistencia necesaria para proteger o mejorar su calidad de vida». En las últimas décadas, el desarrollo científico de los cuidados paliativos está proporcionando recursos capaces de aliviar la frecuentemente penosa situación del final de la vida.

En los países anglosajones se han extendido los hospitales especializados en cuidados paliativos, llamados *hospices*. Se basan en un sistema que involucra al enfermo y su familia. El paciente debe otorgar su consentimiento para ingresar en este sistema. La principal finalidad es proporcionar la mayor calidad de vida posible a los pacientes con

enfermedades terminales, aceptando que el tiempo de supervivencia queda determinado por la misma enfermedad, más que por el tratamiento. Para obtener buenos resultados es necesario establecer un programa de organización y capacitación de las personas encargadas de la atención del enfermo, que comprende a los médicos, a las enfermeras que están más tiempo en contacto con el paciente, a estudiantes, familiares y amigos. Se debe integrar un grupo multidisciplinario que pueda atender al enfermo próximo a morir en el lugar más apropiado para cada paciente.

Lamentablemente los médicos tendemos a sobreestimar la expectativa de vida de nuestros pacientes y los pacientes la sobreestiman aún más, por lo que muchos enfermos que ingresan en *hospices* o en programas de cuidados paliativos lo hacen en fases muy avanzadas de su enfermedad, cuando les quedan pocos días de vida. A la hora de comunicar a un paciente su mal pronóstico y sugerir el ingreso en una unidad de paliativos es fundamental buscar el tiempo y el sitio adecuado. Esto no es fácil, ya que la mayoría de los pacientes graves que están ingresados y que no han hablado con sus médicos sobre la actitud frente a la muerte manifiestan que no quieren mantener este diálogo. También es clave que esté presente la familia, e identificar quiénes o quién deberá ayudar en la toma de decisiones en el futuro. Además, deben identificarse las preocupaciones y los deseos del paciente (por ejemplo, permanecer en casa), intentando que los objetivos sean realistas.

Aunque los cuidados paliativos están bastante desarrollados en el ámbito de las enfermedades oncológicas, en lo que respecta a las cardiovasculares, primera causa de muerte en el mundo, están poco avanzados. Esto es preocupante, ya que la insuficiencia cardíaca, vía final común de las cardiopatías, tiene peor pronóstico que la gran mayoría de los cánceres. Los pacientes en los estadios finales de insuficiencia cardíaca frecuentemente reciben terapias médicas agresivas hasta el momento de su muerte.

Se han publicado estudios recientes muy rigurosos que muestran que la petición de eutanasia por parte de los enfermos disminuye al mejorar la formación de los profesionales en el tratamiento del dolor y en cuidados paliativos.

Estos hallazgos son congruentes con las comunicaciones de las unidades especializadas en cuidados paliativos de nuestro entorno, donde el número de peticiones de eutanasia es muy bajo. Una encuesta realizada por la Sociedad Americana de Oncología Clínica demostró la relación entre la falta de cuidados paliativos y el uso de eutanasia y de suicidio médicamente asistido. El equipo del Dr. Ganziny, al evaluar la experiencia inicial de los médicos de Oregón con el suicidio médicamente asistido, encontró una clara relación entre las peticiones y la ausencia de cuidados paliativos. Estos autores, lograron la colaboración de 2649 médicos y 165 pacientes, de los que 29 obtuvieron la autorización para el suicidio médicamente asistido. Los médicos prescribieron fármacos letales en 1 de cada 6 peticiones y sólo 1 de cada 10 solicitudes acabó en suicidio. El dato más significativo del trabajo es que el 46 % de los pacientes que recibían cuidados paliativos cambió de opinión a la hora de solicitar el suicidio asistido, en comparación con sólo el 15 % de los pacientes sin esta atención.

Pese a todo lo anterior y, de forma inmerecida, los cuidados paliativos siguen teniendo mala prensa, y es frecuente que, cuando se le propone a un paciente el traslado a una unidad de cuidados paliativos, este lo interprete como un desahucio o abandono. Todo lo contrario, ya que en estas unidades los médicos y los demás profesionales sanitarios están mejor preparados para centrarse en el control de los síntomas del paciente, maximizando el confort que pueda tener en los últimos meses de su vida.

Lo recomendable es iniciar los cuidados paliativos precozmente y no reservarlos para fases muy avanzadas, en las que los pacientes ya están casi moribundos. La idea es reducir progresivamente las medidas curativas y aumentar, también poco a poco, las paliativas o sintomáticas. Además, un adecuado programa de cuidados paliativos permite que la mayoría de los pacientes pasen las últimas semanas de su vida en casa, que como ya vimos en el primer capítulo, es lo deseable.

En nuestro país, en la mayoría de las comunidades autónomas, existen Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). En Cataluña los equipos de soporte de atención domiciliaria reciben la denominación de PADES (Programa de Atención Domiciliaria por Equipos de Soporte). La misión de estos equipos es apoyar, colaborar y dar soporte a los médicos de Atención Primaria en la atención integral y continuada de pacientes terminales. Sus integrantes realizan tanto intervención asistencial directa en pacientes, como apoyo y asesoría a profesionales de atención primaria para la atención domiciliaria de pacientes terminales. Estos médicos, enfermeras y psicólogos también realizan educación sanitaria de los pacientes, así como de cuidadores y familiares, para mejorar la adaptación a la situación, prevenir la claudicación familiar y un duelo complicado.

## 14. ¿EUTANASIA? MÁS BIEN NO

HABIENDO EMPEZADO ESTE LIBRO con los principales argumentos que parecen justificar la eutanasia, creo que es de recibo que termine resumiendo las evidencias por las que no debemos admitirla. Como empezamos con cuatro argumentos pro-eutanasia me ha parecido oportuno resumir los motivos por los que la eutanasia es inaceptable en cuatro puntos:

- a) *Pendiente resbaladiza*: comprobada ya en varios de los países que han despenalizado o legalizado la eutanasia;
- b) *falta de autodeterminación real*: en la mayoría de los casos, la expresión de un deseo de muerte no significa que el paciente lo desee realmente;
- c) *reducción de los cuidados paliativos*, de los medios destinados a ellos y de la investigación en tratamientos sintomáticos;
- d) *deformación del sentido médico*; los médicos que practican eutanasia destruyen la integridad moral de la profesión médica.

*Pendiente resbaladiza*. La historia nos demuestra lo rápido que se llega a la eutanasia en enfermos psiquiátricos, dementes, ancianos vulnerables y recién nacidos discapacitados. En Holanda la eutanasia se aplica ya no solo a enfermos, sino simplemente a gente que no quiere vivir, sin que exista razón médica. Además, la eutanasia tiende a hacerse especialmente accesible y es dirigida de forma prioritaria a las clases económicamente más débiles, los grupos étnicos desfavorecidos y a las personas más vulnerables. Como veremos en el tercer punto, al limitar la oferta en cuidados paliativos, estos se pueden convertir en un lujo sólo para aquellos con determinado poder adquisitivo.

*Falta de autodeterminación real*. Frecuentemente los enfermos, y más aquellos con enfermedades avanzadas o que se encuentran en una situación terminal, pueden atravesar estados de depresión durante un cierto tiempo. Si en este tiempo solicitan que acaben con su vida lo habrán hecho en unas condiciones en las que no están mentalmente sanos, por lo que su autonomía es cuestionable. Expresiones como “me quiero morir” o “no quiero seguir luchando” dependen mucho del estado de ánimo del paciente y de sus sentimientos cambiantes. En un país sin eutanasia, los médicos y otros profesionales sanitarios se esforzarán por curar esta depresión y devolver las ganas de vivir, y

frecuentemente tienen éxito si el entorno ayuda. Por el contrario, en un país con eutanasia, en vez de esforzarse por eliminar la depresión, tenderán a eliminar al paciente deprimido. Además, la causa fundamental que impele a solicitar la eutanasia no es la enfermedad en sí, sino la falta de reconocimiento humano, comprensión y, tantas veces, la soledad. Muchos pacientes sienten que sobran, que son una carga o una molestia para su familia, que son ignorados, o que están solos. Este es un caldo de cultivo para solicitar la eutanasia. Nuestra tarea como médicos y como sociedad debe ser reconducir esa situación con cariño y acompañamiento.

*Reducción de los cuidados paliativos.* Estos cuidados son la respuesta médica adecuada al dolor y al sufrimiento. Las atenciones paliativas no alargan la vida. Ocasionalmente, como efecto colateral, pueden acortarla algo. Los cuidados paliativos buscan controlar los síntomas del paciente y, en la enorme mayoría de ocasiones, lo consiguen. La aceptación de la eutanasia conlleva una disminución de los medios destinados a estos cuidados. También, con una eutanasia legalizada, los incentivos para investigar nuevos tratamientos de cuidados paliativos son menores, por lo que, a efectos prácticos, la eutanasia limita el desarrollo de este tipo de cuidados. De hecho, con un argumento economicista, tratar los síntomas con cuidados paliativos es caro. Lo barato es la eutanasia.

*Deformación del sentido médico.* El deber de todo médico de intentar curar y/o mejorar a sus pacientes desaparece con la eutanasia que, además, deteriora la confianza médico-paciente. Es frecuente que ancianos cambien de país de residencia por no fiarse de las prácticas de ciertos médicos. La eutanasia es contraria al juramento hipocrático e implica una ruptura deontológica con grandes consecuencias sobre la profesión médica. ¿Cómo confiar en que el médico va a intentar curarme si mis familiares y/o la sociedad presionan en un sentido contrario? Los médicos que entran en una mentalidad eutanásica la incorporan a toda su visión profesional, y puede ser un camino de no retorno. El galeno deja de ser un “salvavidas” y se transforma en “quitavidas”: su sentido cambia por completo.

Yo, que tengo dos hijos estudiando Medicina, solo espero que a las nuevas generaciones de médicos y profesionales sanitarios se les siga transmitiendo que nuestro fin es prevenir la enfermedad y cuidar a quienes la padecen.

## EPÍLOGO [DE MEMÉ ALSINA]

QUIERO AGRADECER AL AUTOR que me haya elegido para escribir este epílogo, sobre todo porque es un tema que me afecta muy de cerca. Para que entiendan mejor *qué digo y por qué*, me presentaré brevemente. Me llamo Memé y soy la 7.<sup>a</sup> de ocho hermanos, ese fue uno de los muchos regalos que he recibido a lo largo de mi vida. Hasta que tuve dos años y medio mi vida era como la de cualquier otra niña de esa edad. Pero un 12 de junio, de la noche a la mañana, todo cambió. Dejé de andar, de respirar por mí misma, un virus había afectado mi médula y quedé tetrapléjica. Los médicos les dijeron a mis padres que mi situación era crítica, que quizás no lo superaría. Lo cierto es que superamos aquel bache, pero también lo es que ya nunca he vuelto a andar y que, según dicen los papeles, tengo una discapacidad del 99 %. Pero eso no impide que mis ganas de vivir estén al 100 %.

Me declaro enamorada de la vida, y cada mañana agradezco abrir de nuevo los ojos y contemplar con ilusión ese nuevo día que se me regala, con todo lo que traerá, lo bueno y lo malo, porque de lo primero extraeré alegría, y de lo segundo experiencia. Sé que muchos, al verme, quizá piensen que esto no es una “vida digna”. Sin embargo, soy feliz, con una felicidad de la que incluso yo misma me sorprendo y que querría poder contagiar a muchos que están en mi situación. La vida es un regalo excepcional. Cada uno es único e irreplicable, y tiene su propia misión en esta gran obra que es la humanidad. Nadie tiene derecho a juzgar bajo ningún criterio si una vida deja de ser importante y, por lo tanto, se puede eliminar.

*Eutanasia.* Es una palabra tremenda... Muchos la escucharán, sin inmutarse. Sin embargo, para mí, el mero hecho de escribirla ya me causa tristeza. Cuando leo u oigo hablar de otra persona que pide morir “de forma digna” me gustaría poder correr a su lado y ayudarlo a descubrir todo lo bueno que tiene la vida, a ver aquellos pequeños detalles que ponen luz a los momentos de oscuridad, cosas insignificantes a primera vista pero que la ilusión y el esfuerzo transforman en grandes experiencias. Estoy segura de que muchos de los enfermos que quieren morir es porque no tienen a nadie que los quiera, que les valore, que les diga que pueden contar con ellos. Desde mi experiencia personal sé que, cuando estás en una situación difícil, lo que te ayuda y lo que esperas oír no es que la solución a tu sufrimiento se llama “muerte”: necesitamos que nos tiendan una mano de esperanza, que la gente que nos rodea nos muestre su cariño, que nos digan que no estamos solos, que nos ayuden a no rendirnos a pesar de las dificultades. Muchos quizás encontrarán a alguien dispuesto a acortarles la vida, pero no a sonreírles y tenderles una mano. No debe ser así: hay que ayudar y acompañar a los

que se encuentran a solas con su dolor, para que puedan compartir con nosotros su sufrimiento. De esa forma ese sufrimiento será más llevadero, y juntos lo transformaremos en un valioso aprendizaje para nuestras vidas.

Cuando califican la práctica de la llamada “muerte digna” por parte de un familiar como “un acto de amor” es cuando me doy cuenta de lo fácil que es ser manipulados. ¿Cómo puede parecerse *normal* que un padre pida la muerte para su hijo? *Lo normal* es que le muestre su cariño, que permanezca al pie del cañón, sea cual sea su situación.

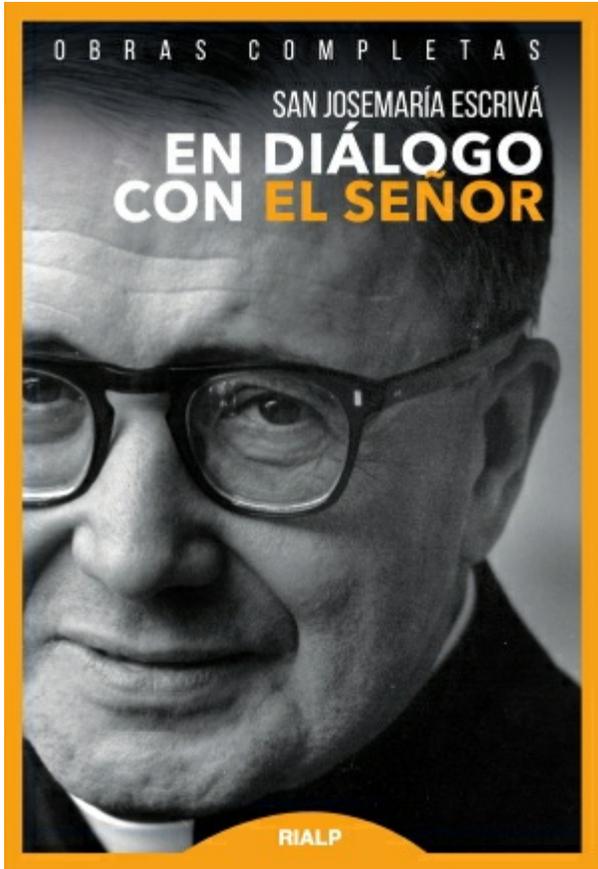
Ahora nos quieren hacer creer que es normal que un médico en determinadas circunstancias recomiende la muerte, que los valientes son quienes tiran la toalla y deciden acabar con su vida. Desde mi experiencia muchas veces pienso cuántas cosas me habría perdido si alguien hubiera tirado la toalla y hubiera acabado conmigo, porque era un “molesto problema”. Busquemos modos positivos de ayudar, de “dar sentido a la vida”, y no de eliminar la situación dolorosa del paciente o de la propia sociedad que lo contempla.

Una sociedad que mata, aunque sea con una sonrisa, es una sociedad que ha dejado de ser humana.

## AGRADECIMIENTOS

A todos los que han leído y mejorado este libro, en particular a María Cornide, Esther Pérez-David, Dina Matos Ferreira, Eva Latonda y Pablo Álvarez.

**Manuel Martínez-Sellés** es catedrático de Medicina y jefe de Cardiología del Hospital Gregorio Marañón (Madrid). Ha sido presidente de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología, y ha recibido 18 premios nacionales e internacionales de bioética y cardiología.



# En diálogo con el Señor

Escrivá de Balaguer, Josemaría

9788432148620

512 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Este volumen de las obras completas, primero de la serie Textos de la predicación oral, recoge el texto de veinticinco predicaciones de san Josemaría entre 1954 y 1975. Dirigidas en su momento a miembros del Opus Dei, sus palabras son ahora publicadas por primera vez para un público general, en el contexto de sus obras completas, para que "muchas otras personas —además de los fieles del Opus Dei— descubran una ayuda para tratar a Dios con confianza y afecto filial". Su título "manifiesta bien el contenido y finalidad de esta catequesis: ayudar a hacer oración personal", en palabras de Javier Echevarría. El estudio crítico-histórico ha sido llevado a cabo por Luis Cano, secretario del Instituto Histórico San Josemaría Escrivá de Balaguer y profesor de Historia de la Iglesia en el Istituto di Science Religiose all'Apollinare (Roma) y Francesc Castells i Puig, licenciado en Historia y doctor en Filosofía, y miembro del mismo Instituto.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

San Josemaría Escrivá de Balaguer

# Amar al mundo apasionadamente

Con un Prólogo de Mons. Javier Echevarría  
y un Análisis del Prof. Pedro Rodríguez



RIALP

# Amar al mundo apasionadamente

Escrivá de Balaguer, Josemaría

9788432141812

80 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Este libro es una edición especial de la célebre homilía predicada por San Josemaría Escrivá en el Campus de la Universidad de Navarra, en 1967. Se ha preparado con ocasión del 40º aniversario del día en que la pronunció. En esta edición, la homilía va precedida de un Prólogo de Mons. Javier Echevarría, Prelado del Opus Dei, y acompañada de un análisis del Prof. Pedro Rodríguez, que constituye una guía para su lectura actual. "El Fundador del Opus Dei preparó esa homilía con mucho interés (...), deseoso de llegar al corazón y a la mente de los que iban a escucharle en Pamplona. Ese texto, plenamente embebido de las enseñanzas del Concilio Vaticano II y del espíritu del Opus Dei, fue considerado por muchos comentaristas como la carta magna de los laicos (...). Esta homilía de San Josemaría no sólo conserva su frescura y fuerza originales, sino que se muestra más actual que nunca." (del Prólogo de Mons. Javier Echevarría). Desde 1968 se incluye este texto en Conversaciones con Mons. Escrivá de Balaguer.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Scott y Kimberly Hahn

21.ª edición

# ROMA DULCE HOGAR



Nuestro camino  
al Catolicismo

RIALP

# Roma, dulce hogar

Hahn, Scot

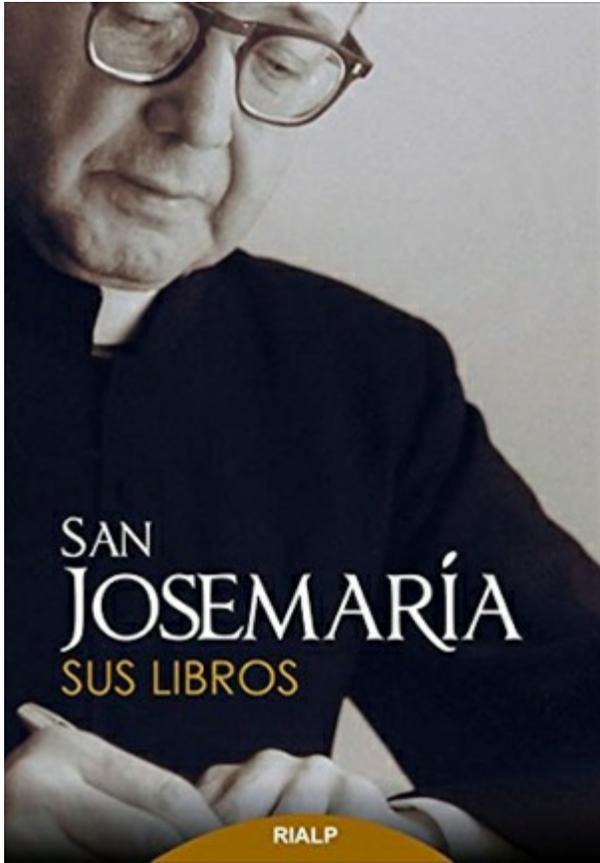
9788432150098

200 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Scott y Kimberly Hahn -un matrimonio norteamericano- ofrecen el testimonio cálido, alegre y realista de su conversión al catolicismo. Formados en la Iglesia presbiteriana, inician una peregrinación espiritual que transforma toda su vida; es un camino de búsqueda de la verdad y adhesión a la voluntad divina, que culminó en la inmensa alegría de ser recibidos en la Iglesia católica. Desde entonces, los Hahn ofrecen charlas por todo su país y graban cintas que se difunden por el mundo entero. Miles de personas han podido así conocer tanto su experiencia, como las verdades y la belleza de la fe católica. Éste es el relato de su historia, y atrae al lector desde el comienzo. Es una motivadora invitación a tomarse más en serio la fe, a vivirla de forma más plena, y a compartirla con los demás. La edición original en inglés se ha traducido a otras muchas lenguas, como el francés, el italiano, el alemán o el chino.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



# San Josemaría. Sus libros

Escrivá de Balaguer, Josemaría

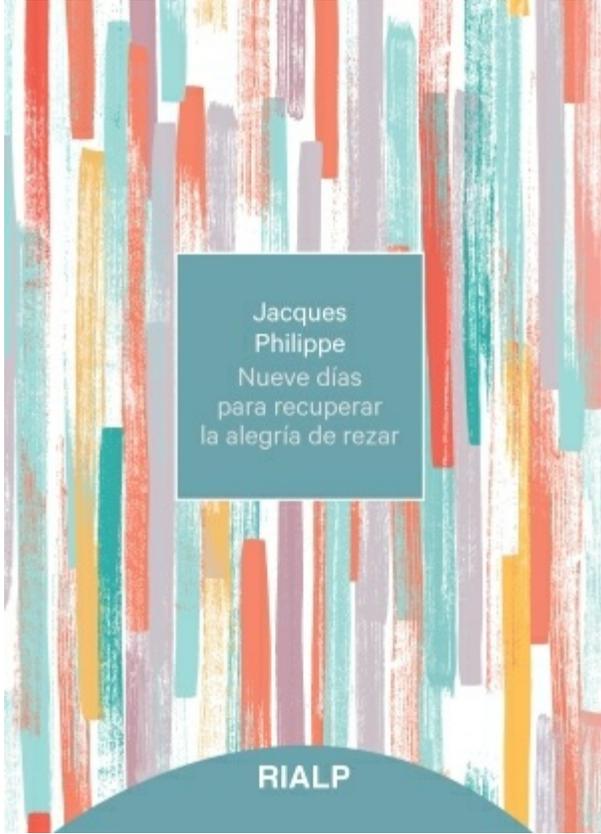
9788432144950

3021 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Josemaría Escrivá de Balaguer (1902-1975), sacerdote, fundó el Opus Dei en 1928 y fue canonizado por Juan Pablo II en 2002. Sus libros han sido traducidos en numerosas lenguas, y siguen reeditándose en todo el mundo (Camino , el primero de ellos, supera ya los cinco millones de ejemplares, en más de 50 idiomas). San Josemaría. Sus libros reúne en un solo libro digital sus escritos (Camino, Surco, Forja, Es Cristo que pasa, Amigos de Dios, Santo Rosario, Via Crucis y Conversaciones con Monseñor Escrivá de Balaguer), e incluye un índice general por materias y un índice de búsqueda de comentarios a textos del Antiguo y Nuevo Testamento en todos sus libros.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



Jacques  
Philippe  
Nueve días  
para recuperar  
la alegría de rezar

RIALP

# Nueve días para recuperar la alegría de rezar

Philippe, Jacques

9788432150869

78 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

La oración transforma la vida del cristiano. Aporta alegría, luz, fuerza, energía. Pero a menudo, a pesar de la buena voluntad, percibimos que rezamos poco o lo hacemos con poca fe. En esta brevísima guía de oración, el autor, traducido ya a más de veinte lenguas, sugiere un camino para rehacer la propia interioridad: buscar diez minutos diarios de retiro, en casa, en el metro o donde se pueda, y orar. Se dirige a gente que apenas dispone de tiempo, y les ofrece, también de la mano de los santos, una valiosa escuela de oración. Jacques Philippe es sacerdote francés de la Comunidad de las Bienaventuranzas, y autor de numerosos libros de espiritualidad.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

# Índice

PORTADA INTERIOR	2
CRÉDITOS	3
DEDICATORIA	4
ÍNDICE	5
1. ¿EUTANASIA? CLARO QUE SÍ	6
2. MAR ADENTRO NO ES INTOCABLE [O DE COMO UNA MARIPOSA GANÓ A MILLION DOLLAR BABY]	8
3. TODOS VAMOS A MORIR, PERO EN LOS HOSPITALES SE MUERE MAL	11
4. ¿QUÉ ES LA EUTANASIA?	13
5. LAS CONSECUENCIAS SOCIALES DE LA EUTANASIA	20
6. TRATAMIENTOS PROPORCIONADOS Y ORDINARIOS	24
7. ESTADO VEGETATIVO PERMANENTE. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES	28
8. SENTIDO DEL DOLOR Y DEL SUFRIMIENTO	31
9. MUERTE = MUERTE CEREBRAL. TRASPLANTES	33
10. CALIDAD DE VIDA, VIDA DIGNA Y MUERTE DIGNA	36
11. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y LA DECISIÓN DE NO REANIMAR	41
12. EL PARADIGMA DE LA AUTONOMÍA	44
13. CUIDADOS PALIATIVOS	48
14. ¿EUTANASIA? MÁS BIEN NO	51
EPÍLOGO [DE MEMÉ ALSINA]	53
AGRADECIMIENTOS	55
AUTOR	56