

TEMA DE ESTUDIO: EUTANASIA O ATENCION MEDICA

EL PACIENTE TERMINAL Y LA ÉTICA DE LA MEDICINA PALIATIVA

Prof. Gonzalo Herranz

Departamento de Bioética, Universidad de Navarra

Los médicos necesitamos reflexionar a fondo, hablar mucho entre nosotros, del paciente terminal y de los cuidados a los que es acreedor. La Medicina paliativa es hoy una magnífica realidad, pero, sobre todo, es una gran esperanza. Lo es para los enfermos terminales. Pero también lo es para la Medicina entera. No podemos olvidar que, en el campo de la técnica y de la ética de los cuidados paliativos, se librará la batalla más decisiva para el futuro de nuestra profesión. En ella, se fijará el rumbo de la Medicina del futuro: el que la Medicina siga siendo un servicio a todos los hombres, y a cada hombre individual, incluidos los incurables y moribundos; o que la Medicina se convierta en un instrumento de ingeniería socioeconómica al servicio de los poderosos.

Ese es el relieve singular que tiene el problema que vamos a examinar. Se ha repetido hasta la saciedad, machaconamente, en cada coyuntura de la historia, que el momento presente era el más decisivo que se hubiera vivido jamás. Quizá siempre ha habido un exceso de énfasis en tal afirmación, pero muy pocas veces se ha visto la Medicina en su larga

historia en una disyuntiva que ponga en juego tan a fondo su identidad. Y la razón es ésta: la eutanasia, para un número creciente de seres humanos, está dejando de ser un problema, porque se está convirtiendo en la gran solución.

Y esa no es una idea de minorías progresistas, para discutir en pequeños grupos ilustrados: empieza a ser, en muchas sociedades dominadas por una mentalidad rudamente utilitarista, el parecer mayoritario. No es cosa sólo de Holanda. Las encuestas de opinión, con todos sus defectos metodológicos y de interpretación, están constatando un crecimiento continuado, persistente, del número de los que creen que el homicidio compasivo o la ayuda médica al suicidio son la solución más humana y digna que se puede ofrecer a ciertos sujetos. Ese es, además, el credo de la mayoría de los profesionales que trabajan en los medios de opinión.

Ellos han ido difundiendo, por todas partes, una visión progresista, atractiva, de la eutanasia. El tema está abierto en nuestra sociedad. Cada uno de nosotros ha de echar un pulso, en su propia conciencia, en el seno de la profesión, en el campo abierto de la sociedad, al problema ético de la eutanasia, entrar en esta apuesta, nunca mejor dicho, a vida o muerte.

En España, hace ahora un año, se empezó a discutir en el Congreso de los Diputados el

articulado del Proyecto de Nuevo Código Penal. La disolución del Parlamento y la convocatoria de nuevas elecciones generales dejó sin efecto lo hecho hasta entonces. Todos ustedes recordarán que, cuando se hizo público el texto de Proyecto, hubo comentarios y discusiones muy acaloradas en los medios de opinión acerca de algunos nuevos delitos configurados en el nuevo texto legal, tales como la criminalidad ecológica, el narcotráfico, la difamación, y el tráfico de influencias). Pero, y esto es curioso, nadie prácticamente llamó la atención sobre el párrafo 4 del artículo 149 que suponía un alarmante abaratamiento penal del homicidio de los enfermos graves, equivalente de facto a una generosa liberalización de la eutanasia.

La Medicina paliativa es la única respuesta válida al tremendo desafío de la eutanasia. Esa es la razón por la que nuestro tema de esta tarde es urgente y apasionante. Para poner un poco de orden en lo que voy a decir, trataré sucesivamente de cuatro cuestiones:

Describiré primero, tomando como punto de referencia una regulación de la eutanasia como la del aludido Proyecto de Nuevo Código Penal español, la situación que se crearía con la despenalización de la eutanasia. Trataré, a continuación, brevemente, de los textos deontológicos relativos a la Medicina paliativa. Procuraré, en tercer lugar, esbozar las bases éticas de los cuidados paliativos. Terminaré con una refutación deontológica de la eutanasia y una defensa deontológica de la atención paliativa.

1. La despenalización de la eutanasia y sus consecuencias

El tan mentado Artículo 149.4 del Proyecto legal crea una figura penal nueva a la que,

a mi modo de ver, conviene la designación técnica de "homicidio por enfermedad". Decía así: *El que causare o cooperare activamente con actos necesarios a la muerte de otro, por la petición expresa y seria de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.* Y en los números 2 y 3 de este artículo se decía: 2. *Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.* 3. *Será castigado con una pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegare hasta el punto de ejecutar la muerte.*

Este tipo nuevo y especial de homicidio, no necesariamente médico, quedaba definido por la convergencia de dos circunstancias: una, la petición de muerte que hace la víctima; la otra, el sufrir una enfermedad grave, de pronóstico infausto, o causante de sufrimientos permanentes y difíciles de soportar. La extramedicalización del nuevo delito podría, a los médicos, dispensarnos de la tarea de prestar más atención al tema. Pero es inevitable que, en todo homicidio por enfermedad, haya un médico por el centro del escenario.

No hace falta ser experto en derecho penal, para percibir que la situación que crearía la nueva legislación sería alarmante por su inseguridad e indeterminación. En primer lugar, porque la pena con que se trata de disuadir al presunto autor del homicidio por enfermedad es muy ligera: la reducción en uno o dos grados con respecto a las asignadas, respectivamente, a la ayuda al suicidio consumado y a la cooperación a los actos previos al

suicidio, a lo que hay que sumar las obvias circunstancias atenuantes previstas en la misma ley, convierten la pena del homicidio por enfermedad en una de prisión de seis meses a tres años, en el caso más perverso imaginable, o en un arresto de uno a seis fines de semana, en el caso más leve: todo dependerá del dictamen de los jueces. Siendo tradición que, en los juicios por eutanasia, la defensa del inculcado es capaz de persuadir a los jueces (y todavía más a los jurados, si éstos se introducen en nuestro sistema judicial) del altruismo, la piedad y compasión con que aquel ha actuado, la regla suele ser el veredicto final de inocencia. Es de suponer que en las causas de asesinato por enfermedad, no les será muy difícil a los abogados acumular suficientes circunstancias eximentes o atenuantes de la responsabilidad criminal, que excusen la pena o la reduzcan a su nivel mínimo. La entrada en vigor de un artículo redactado en los términos citados equivaldría, a corto plazo, a una despenalización de facto de la eutanasia.

Que la despenalización estaba en cierto modo en la voluntad del legislador se deduce de un dato colateral: el texto del artículo tenía un carácter inconcreto, nebuloso. No señalaba qué cautelas había de tomar el autor del homicidio por enfermedad para asegurarse del carácter expreso y serio de la petición de su víctima. La tolerante regulación sobre la eutanasia, vigente desde diciembre pasado en Holanda, es mucho más estricta en este sentido: exige que la eutanasia sea realizada por un médico; que la petición proceda de un paciente competente, que ha de reiterarla a lo largo de una semana como mínimo, que la documentará mediante un escrito firmado en presencia de testigos; exige la opinión concor-

dante de otro médico, llamado en consulta y no implicado en la atención del paciente, que, además de evaluar el estado psíquico del paciente, ha de confirmar que la enfermedad se encuentra en su fase terminal, que causa un nivel intolerable de sufrimiento, que es resistente a las terapéuticas del momento, y que no existen tratamientos eficaces que puedan ofrecerse como alternativa a la muerte compasiva. El proyecto español considera que basta una "petición expresa y seria". Pero, todos lo sabemos: una petición, apasionada y conmovedora, de muerte puede hacerla un enfermo bajo los efectos de un cansancio crónico, de un insomnio tenaz, de una disnea agobiante, de un estado nauseoso, o de una depresión no diagnosticada o deficientemente tratada. Una petición expresa y seria de muerte puede ser la consecuencia de una terapéutica incompetente del dolor u otros síntomas, o del abandono afectivo por parte de familiares y cuidadores. Incluso puede hacerla el enfermo como recurso psicológico y dramático para centrar sobre sí la atención de los demás, o como represalia por desatenciones presentes o agravios pasados.

No se dice en el Proyecto qué se ha de entender objetivamente por "enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a la muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar", ni se determina a quien corresponde hacer ese juicio. Dejarlo a la subjetividad debilitada del paciente puede ser una irresponsabilidad, incluso desde una óptica relativista. Ni siquiera se exige que la enfermedad haya alcanzado su fase terminal; sólo se habla de enfermedades de pronóstico necesariamente fatal. Pero ¿a qué plazo? El pronóstico médico es falible, incluso para profesionales muy experimenta-

dos y competentes. Dejar en manos del paciente la decisión de pedir que se ponga fin a su enfermedad, aunque sea grave, necesariamente fatal y productora de padecimientos permanentes y difíciles de soportar, es como dejarle al alcance de la mano un revólver cargado. Además, muchos pacientes pueden ser manipulados por sus allegados: el homicidio por enfermedad puede ser solicitado por enfermos persuadidos o coaccionados por parientes agotados afectiva o físicamente. Puede constituir una vía indirecta de conceder a la gente permiso legal para librarse de la carga que suponen ciertos enfermos difíciles de soportar.

Sólo quien no conoce por experiencia inmediata a los enfermos puede pretender que su subjetividad tan herida sirva de base firme donde basar un precepto legal de esta importancia. El paciente queda investido por ley de una autonomía extrema. Pero, ¿está realmente en condiciones de ejercerla? Aceptemos que la enfermedad de pronóstico infausto o difícil de sobrellevar está ahí. Pero muchos enfermos nunca podrán verla como una realidad objetiva. La muerte dulce se convierte para ellos en un derecho que pueden pedir, y que, con el tiempo, terminarán por exigir. Si entrara en vigor la ley, ¿cuánto tiempo podrían resistir los médicos, al principio, las peticiones -más adelante, las exigencias- de homicidio que les dirijan pacientes y familiares? La penalización legal sería tan mínima y llevadera, y la indulgencia de los tribunales tan segura, que al médico que objetare a la ejecución del homicidio por enfermedad se le podría tener por hombre poco humano, o por un hipócrita cruel. Los médicos sabemos lo exagerados que son algunos pacientes ante el sufrimiento. Pero ignoramos todavía cuán al-

taneros se podrían tornar a la hora de imponer su "cuasi-derecho" al homicidio por enfermedad.

La aprobación de una ley tolerante de la eutanasia significa la sentencia de muerte de la Medicina paliativa. Y eso sería, a mi modo de ver, una pérdida irreparable, en lo científico y en lo ético. Por eso, nos conviene ahora considerar nuestro segundo punto: la fundamentación ético-deontológica de la Medicina paliativa. Empecemos pues por examinar

2. Los textos deontológicos relativos a la Medicina paliativa

En realidad, no debiera existir una Deontología específica del paciente terminal. Este es un enfermo más, que no queda excluido de la regla universal de no discriminación, consagrada por todos los Códigos de conducta profesional, por la que el médico y la enfermera están obligados a cuidar con la misma conciencia y solicitud a todos los pacientes sin distinción por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Este precepto es razón suficiente para trasvasar a la Medicina paliativa toda la riqueza de la Deontología general. Hay, sin embargo, algunos textos deontológicos, relativos a la Medicina paliativa, que merece la pena recordar. Son, de una parte, la Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial. Tenemos de otra, los artículos que le consagra el Código de Ética y Deontología médica. Es interesante también la Declaración sobre la Eutanasia, que, en 1987, publicó la Comisión Central de Deontología.

Así dicen los párrafos que nos interesan de la Declaración sobre enfermedad terminal, adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mun-

dial, en Venecia, Octubre 1983.

1. *El deber del médico es curar y aliviar en la medida de lo posible el sufrimiento, teniendo siempre a la vista los intereses de sus pacientes.*

2. No admitirá ninguna excepción a este principio, ni siquiera en caso de enfermedad incurable o de malformación.

3. Este principio no impide que se apliquen las reglas siguientes:

3.1. El médico puede aliviar al paciente los sufrimientos de la enfermedad terminal si, con el consentimiento del paciente o, en el caso de no poder expresar su propia voluntad, con el de su familia, suspende el tratamiento curativo. Tal suspensión del tratamiento no libera al médico de su deber de asistir al moribundo y de darle los medicamentos necesarios para mitigar la fase terminal de su enfermedad.

3.2. El médico se abstendrá de emplear cualquier medio extraordinario que no reportara beneficio alguno al paciente.

El Capítulo VI del Código de Ética y Deontología médica introduce algunas nociones de aplicación inmediata a nuestro tema. Todavía en un terreno general, el Artículo 25.1 señala que *no es deontológico admitir la existencia de algún periodo en que la vida humana carezca de valor*. La vida terminal del hombre, por tanto, posee un valor inestimable, no inferior al de ninguna otra fase de la vida humana. Ya, más específicamente, el Artículo 28.1 condena la eutanasia: *El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de un paciente ni por propia decisión, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten ni por ninguna otra exigencia. La eutanasia u 'homicidio por compasión' es contraria a la ética médica*. Es, sin embargo, el artículo 25.2 el que nos concierne de modo especial, pues, al mismo tiempo que

rechaza enérgicamente la obstinación y la inutilidad terapéutica, impone el deber deontológico de la atención paliativa al paciente terminal. Dice así: *En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre*.

El Código Deontológico de la Enfermería Española, de 1989, es más expresivo, más explícito. Su artículo 18 establece más explícitamente la dignidad ética de la atención paliativa: *Ante el enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse*.

Tenemos, por último, la Declaración sobre la Eutanasia que, en 1987, la Comisión Central de Deontología hizo pública a la vista de la inquietud creada entonces por el activismo pro-eutanasia. De ella, extraigo los fragmentos que nos interesan hoy: (...) *La asistencia médica al moribundo es uno de los más importantes y nobles deberes del médico (...) el médico está obligado a desempeñar su genuina función de ayudar y atender al morir de sus pacientes por medio de un tratamiento competente del dolor y de la angustia. Ha de empeñarse en procurar el mayor bienestar material; ha de favorecer, según las circunstancias, la asistencia espiritual y el consuelo humano al moribundo; prestará también su apoyo a los allegados de éste. El médico también dignifica la muerte cuando se abstiene de trata-*

mientos dolorosos e injustificados y cuando los suspende, porque ya no son útiles".

Así, pues, la conducta de los profesionales de la salud ante el enfermo terminal viene definida por los deberes de no discriminarle y de atenderle con solicitud. No podrán provocar la muerte, pero deberán abstenerse de tratarle agresivamente con terapias inútiles. Nunca menospreciarán la vida de sus enfermos, pero aprenderán a respetar la vida aceptando la inevitabilidad de la muerte. Hay, por tanto, deberes profesionales positivos: aliviar el sufrimiento físico y moral, mantener en lo posible la calidad de la vida que declina, ser guardianes de la dignidad de todo ser humano y del respeto que se le debe, procurar que la atención paliativa no quede marginada de los avances científicos que provienen de la experimentación biomédica. Y hay también deberes profesionales negativos: quedan taxativamente prohibidas la eutanasia. Y también los gestos terapéuticos carentes de razonabilidad y buen juicio, que buscan una curación ya imposible y que pueden instaurarse por ignorancia, por interés comercialista, o por razones políticas. Estos son los textos básicos de la deontología paliativa, sobre los que médicos y enfermeras deberíamos reflexionar con frecuencia.

De esa reflexión podemos extraer una larga lista de puntos de examen. El que yo colocaría en primer lugar es el deber de mejorar, mediante proyectos de investigación bien diseñados y colaborativos, la calidad de los cuidados paliativos. Son precisamente la compasión por los pacientes y la apertura a la totalidad del hombre (el individuo entero, la familia, la comunidad) lo que crea un panorama dilatadísimo a la investigación y, en consecuencia, al servicio profesional. Son

mandatos éticos a los que hay que responder

- la evaluación constante de la validez de los cuidados que se administran;

- la estratificación de la atención a los enfermos incurables en medidas paliativas y terminales;

- la extensión del beneficio de la atención paliativa específica a todos los posibles candidatos a recibirla, esto es, a los muchos incurables que sufren enfermedades largas y dolorosas;

- la optimización de la relación costes/beneficio de los cuidados paliativos

- el desarrollo de métodos formales e informales de enseñar la ciencia y el arte general de los cuidados paliativos. Muy en consonancia con la mentalidad tecnocrática de gran parte de la Medicina académica, se observa una visible ausencia de los cuidados paliativos en el curriculum médico.

- el desarrollo de enseñanza postgraduada, en las Escuelas de Medicina y Enfermería, que proporcione los conocimientos, el crecimiento psicológico, las habilidades técnicas y las actitudes humanas que se necesitan para la atención paliativa y permitan una relación confiada y correcta dentro del equipo interprofesional. No puedo menos de citar aquí el espléndido compendio, titulado *Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, que acaba de publicar la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, destinado a los médicos generales. Su estudio es una obligación moral.

Es, como vemos, un panorama espléndido el que ofrece la investigación paliativa: no necesito justificar que, por referirse los cuidados paliativos, directa o indirectamente, a sujetos vulnerables, ha de concederse una im-

portancia preponderante al análisis ético de los proyectos de esta área tan importante de la investigación biomédica.

Baste lo dicho como breve comentario a los textos deontológicos de los cuidados paliativos. Pasemos ahora a considerar

3. Los fundamentos éticos de la Medicina paliativa

La Medicina paliativa, además de ser parte del buen oficio del médico generalista e instrumento esencial de ciertas especialidades, ha alcanzado ya el rango de especialidad médica, una especialidad de elevada calidad científica y profesional. De hecho, es Medicina genuina y reconocida. Y aunque no tiene necesidad de ser legitimada, conviene, sin embargo, profundizar en el tema, pues, como ya señalé antes, hoy ciertos sectores profesionales y sociales, que ofrecen la eutanasia como la solución más eficiente y racional, ponen en duda la utilidad y la eficiencia de la Atención paliativa, en razón de su baja rentabilidad, cuando las cosas se miden con el metro biológico de las tasas de curación o de supervivencia, con criterios éticos exclusivamente utilitaristas, o mediante cocientes de costo/beneficio o de años de vida evaluados por calidad.

La Medicina paliativa se apoya, a mi modo de ver, sobre dos pilares básicos de la Ética médica. Uno es el respeto ético de la debilidad, que debe ser aceptada y protegida como parte del existir humano. El otro es el carácter limitado, finito de las intervenciones médicas agresivas, que han de dejar paso a los cuidados paliativos como respuesta sabia y compasiva a la enfermedad terminal. Merece la pena considerarlos en detalle.

a. El respeto y protección de la debilidad.

La cuidados paliativos se aplican a pacientes desahuciados, terminales. Unas veces, su ruina es prevalentemente física y caracterizada por el avance incontenible del fallo orgánico. Otras veces, lo más saliente es el deterioro de la vida de relación, la demencia, el estado vegetativo persistente. El médico sabe que ya no puede recuperar esas vidas y devolverles la salud. ¿Cómo ha de vérselas en esas situaciones?

Gana partidarios desde hace unos años, dentro y fuera de la Medicina, la opinión de que hay seres humanos tan empobrecidos por la enfermedad y el dolor, a los que no sólo se les han de denegar las intervenciones curativas, ya inútiles, sino que ha de anticipárseles la muerte mediante la eutanasia o la suspensión de los cuidados mínimos.

Se ha sugerido recientemente que se puede hallar una vía media entre los defensores de la intangibilidad de la vida y los promotores de la eutanasia voluntaria y de la ayuda médica al suicidio en la aceptación, por parte de médicos, enfermeras y familias, del rechazo, espontáneo o inducido, por parte del paciente de la nutrición y la hidratación, ya sea oral o parenteral. Se ha querido incluso justificar tal conducta como respetuosa de la libre decisión del paciente, en la diferencia ética que se da entre matar y dejar morir, entre actos y omisiones, entre lo que el paciente pide y lo que rechaza, entre muerte natural por inanición y muerte provocada por otros medios o causas y, en particular, en el convencimiento que muchos comparten que la muerte por inanición y deshidratación no necesariamente va acompañada de sufrimiento: al contrario, algunos, dentro y fuera de la

Medicina, afirman que suele presentar un carácter en apariencia analgésico, plácido y confortable, en contraste con el sufrimiento que pueden provocar los intentos de mantener permeables las líneas venosas, las sondas nasogástricas o, incluso, las nuevas gastrotomías percutáneas endoscópicas.

Es cierto que en las horas que preceden al mismo momento terminal de la vida, la nutrición y la hidratación pueden considerarse inútiles: basta entonces el confort paliativo simbolizado en el humedecer los labios reseca- dos. Pero en los pacientes que no se están muriendo, la decisión de suspender la nutrición y la hidratación implica graves preocupaciones éticas. El médico es consciente entonces de que la muerte no puede atribuirse ya a los factores biológicos de la enfermedad terminal, inasequibles al del control terapéutico, sino a la suspensión de unas medidas que, por su naturaleza, se sitúan entre el ordinario trato humano hacia el enfermo y los artificios médicos. Alguien, no sin un punto de humor, ha argumentado que el prototipo, técnico y ético, de la alimentación artificial es el biberón del lactante. En todo caso, aunque el artificio fuera tratamiento, el alimento no lo es.

Mantener la nutrición y la hidratación en el paciente no moribundo no es una prolongación injusta y artificial del sufrimiento, aunque aquel pida que se suspenda. Ceder con demasiada facilidad a las peticiones autónomas del paciente tiende a eclipsar la naturaleza profesional de la Medicina y la Enfermería: vocaciones que sirven al hombre de acuerdo con un entendimiento profundo del valor de la salud y de la vida humana, que trata primariamente de satisfacer las genuinas necesidades del paciente, no de compla-

cer servilmente sus deseos y caprichos. Es crucial el diálogo con el paciente para concertar su legítimo control sobre los tratamientos con las exigencias objetivas de la ciencia y la ética profesional. El exceso de servilismo ante las exigencias de la autonomía del paciente tiende a hacer de la Medicina una mera actividad mercenaria.

Si los profesionales de la salud no son esclavos del paciente, tampoco son sus dueños. Su papel es juzgar sobre la capacidad de los medios de que disponen, no del valor de las vidas que les son confiadas. Algunos médicos, sin embargo, consideran que hay vidas tan carentes de calidad y dignidad, que las tienen por no merecedoras de atención médica ni de consuelo humano. Tal actitud supone, además de una subversión total de la tradición ética de las profesiones sanitarias y de toda la cultura occidental, una apostasía del futuro.

La razón es patente: uno de los elementos más fecundos y positivos, tanto del progreso de la Medicina como del de la sociedad, ha consistido en comprender que los débiles son importantes. De esa idea nació precisamente la civilización y también la Medicina. Pero, a pesar de casi dos milenios de influencia cultural judeocristiana, el respeto y el servicio a los débiles siguen encontrando resistencia en el interior de cada uno de nosotros y en el seno de la sociedad. Hoy, el rechazo de la debilidad se está aceptando y ejerciendo en una escala sin precedentes.

Ser débil era en la tradición deontológica cristiana título suficiente para hacerse acreedor de respeto y protección. Hoy, para gentes de mentalidad libertaria e individualista, la debilidad es estigma que marca para la destrucción programada. Y, para conseguirlo,

tratan de cambiar los fines de la Medicina. Ésta, nos dicen, ya no puede tener como fin exclusivo curar al enfermo o, al menos, aliviar sus sufrimientos y consolarle. El consultorio del médico u las salas del hospital han de funcionar como talleres de reparación: o arreglan más o menos satisfactoriamente los desperfectos que la enfermedad causa en el cuerpo y en el alma del hombre, o asignan al no-tratamiento o al depósito de la chatarra a los condenados a vivir una existencia precaria y terminal. La Medicina se convierte así en instrumento de ingeniería social, en herramienta de la nueva mentalidad, ilustrada y aristocrática, del bienestar y de la alta calidad de vida.

Necesitamos, como médicos, comprender que nuestro primer deber ético, el respeto a la vida, toma de ordinario una forma especial, específica: el nuestro es un respeto a la vida debilitada. En toda relación con nuestros pacientes, el respeto a la vida está unido de forma casi constante a la aceptación de la vulnerabilidad y fragilidad esencial del hombre, y, muchas veces, al reconocimiento de la inevitabilidad de la muerte, de algo contra lo que no se puede, ni es lícito, luchar. No tenemos que vérnoslas con sanos y fuertes, sino con enfermos y débiles, con seres humanos que viven la crisis de estar perdiendo su vigor físico, sus facultades mentales, su vida. El respeto ético de médicos y enfermeras que administran cuidados paliativos es respeto a la vida doliente, declinante; su trabajo consiste en cuidar de gentes en el grado extremo de debilidad.

Delante del enfermo terminal hay que resolver un enigma: el de descubrir y reconocer en el paciente terminal toda la dignidad de un ser humano. La enfermedad terminal tiende

a eclipsar la dignidad: la oculta e incluso la destruye. Si la salud nos da, en cierto modo, la capacidad de alcanzar una cierta plenitud humana, estar enfermo supone, de mil modos diferentes, una limitación de la capacidad de desarrollar el proyecto de hombre que cada uno de nosotros acaricia. Una enfermedad seria, incapacitante, dolorosa, que merma nuestra humanidad, y mucho más la enfermedad terminal, no consiste sólo en trastornos moleculares o celulares. Tampoco podemos reducirla al recorrido vivencial de las fases que marcan las reacciones del enfermo ante la muerte ineluctable. Por encima de todo eso, la situación terminal constituye una amenaza a la integridad personal, que pone a prueba al enfermo en cuanto hombre. De ahí, su necesidad de conocer la verdad.

Los médicos no deberíamos olvidar ésto al estar con nuestros enfermos. Nuestra asistencia no se puede reducir a una simple operación técnico-científica. Incluye siempre una dimensión interpersonal: trata no sólo de evitar el dolor y de paliar los síntomas que provienen de estructuras y funciones biológicas que se arruinan, sino también de suprimir la amenaza de soledad y de indefensión, de comunicar paz y calor humano.

Res sacra miser. Con esta denominación de origen cristiano-estoico, recuperada por Vogelsanger, se expresa de modo magnífico la especial situación de la humanidad del enfermo en el campo de tensiones de la enfermedad terminal. Traduce de maravilla la coexistencia de lo sagrado y dignísimo de toda vida humana con la miseria causada por la enfermedad. Cuando al enfermo se le considera a esta luz, como algo a la vez digno y miserable, podemos reconocer su condición a la vez inviolable y necesitada. Este es, en mi

opinión, el primer fundamento ético de los cuidados paliativos.

Alguien ha señalado que la expresión paliativo, según un uso antiguo y felizmente abandonado, viene a significar que algo debe ocultarse, disimularse, como cuando se lleva una capa con capucha, un *pallium*. Hoy, la noción de paliación exige una sinceridad franca. La debilidad no debe ocultarse como algo indigno, sino reconocerse públicamente, por todos, como parte y herencia de la humanidad. Y, sin embargo, la pretensión de ocultar y negar la flaqueza es algo muy actual. La mentalidad hedonista, intolerante al sufrimiento y a la minusvalía, lo mismo que las filosofías evolucionistas de la supervivencia biológica y social del mejor dotado, o la praxis de la lucha competitiva por el poder y la oportunidad, y, finalmente, el énfasis en la economía acelerada de producción-consumo, llevan en sí mismas el germen del desprecio del enfermo, el débil, el improductivo. Muchos piensan hoy que la eutanasia es la conducta más coherente ante el número creciente de ancianos, víctimas muchos de ellos paradójicas del progreso médico, consumidores, ávidos pero ineficientes, de los recursos finitos destinados a la atención de salud, pues consideran que no se debe gastar el dinero en enfermos terminales e irrecuperables, para los que la facilitación de la muerte es una alternativa ética y económica tan válida como pueda serlo el respeto a la vida. Estamos a poca distancia ya de hacer oficial la ética nietzscheana: el cuidado y la compasión por el débil y por quien es poca cosa son propios de una moral de esclavos, de una humanidad decadente y empobrecida en sus instintos. Se impone la ética de la voluntad, de la fuerza, del poder.

Y sin embargo, la tradición ética de la Medicina nos dice que el respeto médico por el paciente ha de ser proporcionado a la debilidad de éste: el paciente terminal tiene un derecho privilegiado a la atención del médico, a su tiempo, a su capacidad, a sus habilidades, pues hay una obligación de atender a cada uno tal como es, sin discriminarle por ser como es.

Todos nosotros necesitamos revisar con frecuencia cuál es nuestra actitud ante el principio ético de no-discriminar. A mis alumnos, suelo ofrecerles una prueba, dada a conocer Paul E. Ruskin, para que analicen sinceramente si es sólido su compromiso de no discriminar.

Ruskin pidió, en una ocasión, a las enfermeras que participaban en un curso sobre 'Aspectos psicosociales de la ancianidad' que describieran sinceramente cuál sería su estado de ánimo si tuvieran que asistir a casos como el que les describía a continuación: *Se trata de una paciente, que aparenta su edad cronológica. No se comunica verbalmente, ni comprende la palabra hablada. Balbucea de modo incoherente durante horas, parece desorientada en cuanto a su persona, al espacio y al tiempo, aunque da la impresión que reconoce su propio nombre. No se interesa ni coopera en su propio aseo. Hay que darle de comer comidas blandas, pues no tiene piezas dentarias. Presenta incontinencia de heces y orina, por lo que hay cambiarla y bañarla a menudo. Babea continuamente y su ropa está siempre manchada. No es capaz de caminar. Su patrón de sueño es errático, se despierta frecuentemente por la noche y con sus gritos despierta a los demás. Aunque la mayor parte del tiempo parece tranquila y amable, varias veces al día, y sin causa aparente, se pone muy agitada y presenta crisis de llanto inmotivado.*

La respuesta que suelen ofrecer los alumnos es, en general, negativa. *Cuidar a un paciente así sería devastador, un modo de dilapidar el tiempo de médicos y enfermeras*, dicen unos. Los más motivados señalan que *un caso así es una prueba muy dura para la paciencia y la vocación del médico o de la enfermera. Desde luego, si todos los enfermos fueran como el caso descrito, la especialidad geriátrica sería para médicos y enfermeras santos, pero no para médicos y enfermeras comunes*. Cuando se les dice que estas respuestas son, además de incompatibles con la Ética de no discriminar, notoriamente exageradas e injustas con la realidad, los comentarios suelen ser de desdén o rechazo. La prueba de Ruskin termina haciendo circular entre los estudiantes la fotografía de la paciente referida: una preciosa criatura de seis meses de edad. Una vez sosegadas las protestas del auditorio por sentirse víctimas de un engaño, es el momento de considerar si el solemne y autogratificante compromiso de no discriminar puede ceder ante las diferencias de peso, de edad, de expectativa de vida, o ante los sentimientos subjetivos que inspira el aspecto físico de los distintos pacientes, o si, por el contrario, ha de sobreponerse a esos datos circunstanciales. Es obvio que son muchos los estudiantes y los profesionales que han de cambiar su modo demasiado sensorial, sentimental, de ver a sus enfermos. Han de convencerse de que la paciente anciana es, como ser humano, tan digno y amable como la niña. Los enfermos que están consumiendo los últimos días de su existencia, y los incapacitados por la senilidad y la demencia, merecen el mismo cuidado y atención que los que están iniciando sus vidas en la incapacidad de la primera infancia.

Pasemos ahora pasar a considerar la se-

gunda columna sobre la que se apoya el arco de la Atención paliativa:

b. El carácter finito de las intervenciones agresivas

Es esencial que los médicos acertemos a reconocer los límites prácticos y éticos de nuestro poder. No nos basta saber que, de hecho, ni somos todopoderosos técnicamente ni lo podemos arreglar todo. Hemos de tener presente que hay límites éticos que no debemos sobrepasar, porque nuestras acciones serían, además de inútiles, dañosas. Dos cosas nos son necesarias para ésto: la primera es tener una idea precisa de que, a pesar de su agresividad y eficacia, llega un momento en que nuestros recursos y actuaciones son inoperantes, inevitablemente finitos; la segunda, comprender que ni la obstinación terapéutica ni el abandono del paciente son respuestas éticas a la situación terminal: sí lo es, en cambio, la Atención paliativa.

Se está trabajando ahora activamente en definir, en protocolos clínicos y en términos éticos, la noción de inutilidad médica. Hay una inutilidad diagnóstica, lo mismo que hay una inutilidad terapéutica. Lo que establece la posibilidad de que se de un ensañamiento diagnóstico, lo mismo que hay un ensañamiento terapéutico. La frontera entre la recta conducta paliativa y el error del celo excesivo no está clara en muchas situaciones clínicas. Tampoco conocemos exactamente el rendimiento de muchas intervenciones nuevas. Siempre habrá una franja más o menos ancha de incertidumbre, en la que será necesario decidir en la indeterminación e inclinarse por ofrecer al paciente el beneficio de la duda. Pero médicos y enfermeras tendrán siempre

a la vista en su trabajo que, inevitablemente, llegará a un punto en que las ganancias de sus intervenciones serán desproporcionadamente exiguas en relación con el sufrimiento que provocan o el gasto económico que originan.

Para no perder su orientación ética, su sentido del relieve y la profundidad, en todo el curso de su relación con el enfermo terminal, el médico que aplica cuidados paliativos ha de ver a su paciente con una visión binocular. Han de mantener despierta la conciencia hacia el hecho fundamental de que están delante de un ser humano: de que su relación con el enfermo es una relación de persona a persona, cuyas aspiraciones, deseos y convicciones han de ser tenidos en cuenta y cumplidos en la medida de lo razonable. Esa relación personal ha de extenderse también a los allegados del enfermo. Eso ha de verlo el médico con su retina sensible a lo humano y personal de su paciente.

Pero, al mismo tiempo, ha de atender el médico a las necesidades y límites de la precaria biología del paciente terminal, de la vida que se va apagando. Con su ojo científico, ha de ver debajo de la piel del paciente terminal una entidad biológica gravemente trastornada. El paciente no puede ser reducido nunca a un mero conjunto de moléculas desarregladas o de órganos desconcertados, o a un sistema fisiopatológico caótico y arruinado. Pero es esas cosas y, a la vez, un ser humano. La visión binocular del médico ha de integrar, superponer, la imagen de ese sistema fisiopatológico lesionado más allá de toda posibilidad de arreglo, con la de ese ser humano al que no se puede abandonar, al que hay que respetar y cuidar hasta el final.

Ahí está la grandeza y el riesgo de la Atención paliativa. Ver simultáneamente al

hombre, para seguir delante de él, y ver simultáneamente el naufragio de su biología, para abstenerse de tomar medidas inútiles. Siempre el médico necesita de esa doble visión, pues lo exige su doble condición de cuidador de los hombres y de cultivador de la ciencia natural. La evaluación clínica de los parámetros bioquímicos, el seguimiento de las constantes funcionales, simbolizan ese elemento objetivo en la relación médico-enfermo, que, por su propia naturaleza, exige el máximo desasimiento posible de toda vínculo emocional o afectivo. No se puede ser un buen profesional sanitario si, en ese momento científico, objetivizante, no se dejara a un lado la compasión y la empatía, para poder calcular con objetividad y ecuanimemente cuáles han de ser los términos apropiados en que se ha de intervenir.

Los indicadores científico-objetivos sentencian en un momento que el proceso de desajuste fisiopatológico es ya irreversible, que se ha iniciado la fase terminal, sin vuelta atrás, de la enfermedad. Se ha de abandonar entonces la idea de curar, para emplearse en el oficio, muy exigente de ciencia, de competencia y de humanidad, de paliar, de cuidar. El acto de reconocer que ya no hay nada curativo que hacer puede ser duro, pero es una manifestación neta y profunda de humanidad, una acción ética elevada, veraz y lleno de solicitud. Puede ser una coyuntura muy difícil de aceptar por el paciente y su familia, que pone a prueba su confianza en el médico. El paciente puede entonces sentir la necesidad de contar con una segunda opinión y nunca deben ponerse trabas a que se llame a un colega competente.

La gente va entendiendo cada vez mejor que su confianza en quienes le atienden ya no

se puede basar principalmente en que el médico les complazcan con su simpatía campechana e indulgente. Eso es muy conveniente, incluso necesario. Pero a los enfermos les hace falta también la objetividad científica del médico, la fiabilidad de sus conocimientos, su competencia técnica, su familiaridad con los métodos de diagnóstico y tratamiento aceptados, su templada renuncia a lo inútil, y, llegado el caso, su dominio de los cuidados terminales.

4. La Atención paliativa, vacuna contra la eutanasia

También entre médicos y enfermeras hace sus prosélitos el activismo pro-eutanasia. A juzgar por lo que dicen ciertas encuestas sociológicas, hay, entre los profesionales de la salud, un sector que acepta la idea de que está justificado, e incluso de que es virtuoso o moralmente obligado, poner término a ciertas vidas humanas carentes de calidad. Y algunos de ellos están dispuestos a hacerlo, ya sea mediante la administración de medicamentos eutanáticos, ya por medio de la suspensión de la nutrición y el aporte de líquidos. Si no lo hacen, es por los riesgos legales en que pueden incurrir.

¿Qué pasaría si entrara en vigor una legislación que autorizara la eutanasia, que despenalizara en la práctica el homicidio por enfermedad?

Mi tesis es clara: cualquier legislación tolerante de la eutanasia, por muy restrictiva que pretenda ser en el papel, provoca una brutalización creciente de la atención médica, pues la degrada en lo ético y la empobrece en lo científico.

La decadencia ética no es difícil de calcu-

lar. En la dinámica de la permisividad legal, despenalizar la eutanasia empieza por significar que matar sin dolor es una forma excepcional de tratar ciertas enfermedades, que sólo se autoriza para situaciones extremas y muy estrictamente reguladas. Pero, sin tardanza, inexorablemente, por efecto del acostumbramiento social y del activismo pro-eutanasia, la despenalización termina por significar que matar por compasión es una alternativa terapéutica aceptada de hecho. Y tan eficaz, que los médicos no pueden moralmente rehusarla. La razón es obvia: la eutanasia -una intervención limpia, rápida, eficiente al cien por ciento, indolora, compasiva, mucho más cómoda, estética y económica que el tratamiento paliativo- se convierte en una tentación invencible para ciertos pacientes y sus allegados. Y para algunos médicos también, pues la muerte dulce de alguno que otro de sus enfermos les ahorra mucho tiempo y esfuerzo: el que invierten en seguir día a día el caso, en paliar sus síntomas, en visitarle, en acompañarle en el difícil momento final.

Despenalizada la eutanasia, lo grave, para los médicos, es que sus virtudes específicas -la compasión, la prevención del sufrimiento, el no discriminar entre sus pacientes- se vuelven contra ellos, de modo que se ven impulsados por sus propias virtudes profesionales a la aplicar cada vez con más celo esta terapéutica suprema: no puede negar a un paciente la muerte liberadora que, en circunstancias semejantes, han dado ya a otros; ni pueden retrasar para más tarde lo ya ahora se presenta como el remedio máximamente eficaz. El concepto de enfermedad terminal se ensanchará más cada vez; las indicaciones de la eutanasia se irán haciendo más extensas y precoces.

Quien haya sucumbido a la tentación de la muerte dulce y ejecutado una eutanasia, o se arrepiente definitivamente, o ya no podrá dejar de matar. Porque si es éticamente congruente consigo mismo, y cree que está haciendo algo bueno, lo hará en casos cada vez menos dramáticos y saltándose, en nombre de la ética, las barreras legales. Porque si la ley, como parece probable en las leyes de eutanasia de primera generación, sólo autoriza la eutanasia o la ayuda al suicidio a quien la pidiera libre y voluntariamente, ¿qué razones podrá aducir el que la haya practicado conforme a la ley, para negarla a quien es incapaz de pedirla, pero cuya vida está más degradada o es mucho más cargosa para los demás? Está seguro de que, indudablemente, el demente, el que duerme en el coma irreversible, la víctima en estado vegetativo crónico, la pedirían si tuviesen un momento de lucidez. Autorizada la eutanasia, las virtudes del médico se vuelven contra él. Por muy cuidadoso que sea de la autonomía de sus pacientes, por mucho que respete su capacidad de elección, si piensa que hay vidas tan carentes de calidad que no merecen ser vividas, concluirá que a veces sólo queda una cosa que escoger: la muerte del extremadamente débil. Si un médico o una enfermera consideraran que la eutanasia es remedio superior a la atención paliativa, no podrían evitar convertirse en mandatarios subjetivos de los pacientes terminales. Ante un paciente incapaz de expresar su voluntad razonan así en su corazón: "Es horrible vivir en esas condiciones de precariedad biológica o psíquica. Yo no querría vivir así. Eso no es vida. Es preferible morir. Por tanto, decido que lo mejor para ellos es la muerte dulce". Pero el utilitarista juzga que hay casos en que el de-

seo de seguir viviendo de ciertos paciente puede ser irracional y caprichoso, pues tienen por delante una perspectiva detestable. Razona así: las vidas de ciertos pacientes capaces de decidir son tan carentes de calidad, que no son dignas de ser vividas. El empeñarse en vivirlas es un deseo injusto, que conlleva un consumo irracional de recursos, económicos y humanos: ese dinero y ese esfuerzo laboral podrían ser mucho mejor empleados. Es muy fácil expropiar al paciente de su libertad de escoger seguir viviendo.

Cada día que pasa me convenzo de que los cuidados paliativos encierran una ética de gran densidad: es en sí misma una dimensión de la Medicina que cultiva y enriquece los valores éticos más íntimos y básicos. Es, además, el antídoto que nos puede preservar contra la tentación, temible y atractiva a la vez, de la eutanasia.

Un antídoto de gran eficacia. Aun el médico y la enfermera más íntegros y rectos necesitan protegerse contra los excesos de sus virtudes. Despenalizar la eutanasia equivaldría a sumir a la Medicina en la enfermedad autoagresiva de la compasión falsificada. La obligación de respetar y de cuidar toda vida humana es una fuerza moral maravillosa e inspiradora. Con ella, hemos de desarrollar la teoría y la práctica de la Atención paliativa, científica y humana, que desarraigue de nuestros hospitales el error escandaloso del ensañamiento terapéutico y que haga resaltar, por contraste, la fría inhumanidad que, disfrazada de compasión, se oculta en la eutanasia.

Si los médicos trabajaran en un ambiente en el se supieran impunes tanto si tratan como si matan a ciertos pacientes, se irían volviendo indiferentes hacia determinados

tipos de enfermos, y se mustiaría la investigación en vastas áreas de la Patología. Porque si al paciente senil o al que sufre la enfermedad de Alzheimer se les aplica como primera opción la muerte dulce, ¿quién puede sentirse motivado a estudiar las causas y mecanismos del envejecimiento cerebral o la constelación de factores que determinan la demencia? Si al paciente con cáncer avanzado se le ofrece la cooperación al suicidio como terapia válida de su enfermedad, ¿quién se va a interesar por los mecanismos de la diseminación metastática, por los trastornos metabólicos inducidos por los mediadores de la caquexia? Todo el esfuerzo mental y moral, la tensión, a veces agotadora, por cumplir el precepto hipocrático de buscar el bien del paciente - "Haré cuanto sepa y pueda para beneficio del enfermo, y me esforzaré por no hacerle daño o injusticia"- sufriría, en una sociedad tolerante a la eutanasia, una atrofia por desuso.

He de concluir. Los valores científicos de la Medicina sufren un empobrecimiento cuando parte de ellos son absorbidos en la eutanasia. Y lo sufre también la humanidad entera, que se ve expropiada de la muerte. Porque la eutanasia, si se generalizara, se convertiría en la solución final al misterio insondable de la muerte. La muerte ya no será destino personal, sino un simple gesto técnico rutinario, ejecutado pulcramente.

Los médicos que, en hospitales y domicilios, aplican con humanidad y ciencia los cuidados paliativos están haciendo mucho por la Ética de las profesiones sanitarias. Los cuidados que prodigan están salvando a la Medicina del gran peligro de convertirla en cómplice de los fuertes contra los débiles. Muchas gracias.

(Conferencia inédita, pronunciada en el Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife, en marzo de 1994)