

# ASPECTOS ÉTICOS DEL FINAL DE LA VIDA

Congreso Interregional de PROSAC, Oviedo, 29 de abril de 2006

La expresión “final de la vida” puede relacionarse en sentido amplio con la ancianidad, pero quizá sea más frecuente referirla a la última etapa de la vida en el sentido de encontrarse ahí con su punto final, es decir, con la proximidad de la muerte. A lo largo de las páginas siguientes se adoptará la segunda perspectiva y, desde ella, se intentará ofrecer un panorama de cuestiones éticas y morales que adquieren mucha relevancia en el trabajo diario de los profesionales sanitarios.

## 1. ALGUNAS EVIDENCIAS DEL FINAL DE LA VIDA

Al final de la vida aparecen una serie de evidencias que afectan al modo de vivir ese trayecto vital, aunque no siempre seamos conscientes de ello: la finitud del ser humano, la dependencia y los límites de la autonomía, la soledad y la relación personal, la fragilidad y vulnerabilidad de la vida, y la irreversibilidad de la muerte, son algunas de ellas.

### 1.1. La finitud de la vida humana

La vida no sólo es tiempo físico sino, sobre todo, tiempo vivido que se termina. Habitualmente no somos conscientes de esto en la plenitud de fuerzas vitales. Nos hacemos conscientes de ello cuando experimentamos el carácter inexorable del tiempo, cuando vemos la vitalidad arrolladora de los jóvenes o constatamos cómo nos vamos desgastando poco a poco.

El término de “finitud” aplicado a lo que tiene fin, término y límite, representa una condición intransferible e ineludible de todos y cada uno de nosotros. La vida se presenta entonces como resistencia al tiempo que transcurre dentro de cada uno y por cada uno, como deterioro gradual del individuo en su conjunto y, principalmente, como trayecto que siempre tiene punto final.

### 1.2. La dependencia y los límites de la autonomía

Actualmente la autonomía personal es uno de los patrones distintivos de la vida y encuentra su expresión más clara en el concepto de independencia<sup>1</sup>. Este modelo de vida genera también un rechazo generalizado ante cualquier tipo de dependencia. Vistas así las cosas, el final de la vida equivale a la pérdida de autoestima personal debido a la progresiva pérdida de autonomía e independencia.

Todo ello está trayendo consigo el paulatino olvido de la dependencia como valor humano. La dependencia, estrechamente ligada a la heteronomía, es una compañera inseparable de la vida humana a lo largo de todas sus fases, aunque con acentos muy diferentes: impuesta en la infancia, compartida críticamente en la adolescencia y la juventud, elegida y aceptada en la etapa adulta, y recibida como limitación y caducidad al final de la vida. Esta evidencia no tendría por qué inducir a nadie a sentirse minusvalorado como ser humano, pero lo cierto es que la autonomía y la independencia son hoy factores decisivos a la hora de resolver cómo, dónde y con quién vivir el final de la vida.

---

<sup>1</sup> Véase G. J. AGICH, “Ética y envejecimiento”, en D. C. THOMASMA - T. KUSHNER (eds.), *De la vida a la muerte. Ciencia y Bioética*, Cambridge University Press, Madrid, 1999, 161-162.

### 1.3. La soledad y la relación de alteridad

La etapa final de la vida está cada vez más presidida por la soledad y queda aún más acentuada cuando la persona queda reducida al número de una historia clínica o de una cama hospitalaria. En esas situaciones la soledad ya no es el indispensable espacio de recogimiento que necesita cualquier ser humano. Al contrario, tiende a convertirse en abandono y en cosificación de la persona cuando no es tratada con el respeto que merece.

En cambio, si tomásemos más conciencia de que la relación con los otros constituye la prueba objetiva de nuestra estatura moral, es decir, de nuestra humanidad, entonces seríamos más capaces de decir que «Soy “con los otros” significa “soy por los otros”: responsable del otro»<sup>2</sup>. Reconstruir los vínculos más profundos del paciente, estimular su capacidad relacional para que se sienta reconocido y querido, es quizá nuestra principal asignatura troncal al final de la vida.

Así pues, enfocar y plantear la vida desde la relación con el otro, es decir, desde la *alteridad* que nos constituye en sujetos humanos y que, además, mide nuestra calidad humana, significa que ese «otro» no es enemigo, ni intruso, ni extraño, ni siquiera competidor...el «otro» es el camino por el que cada uno se conoce.

### 1.4. La fragilidad y vulnerabilidad de la vida

Frágil significa quebradizo y débil en el sentido de que puede deteriorarse o hacerse pedazos con facilidad; también significa caduco y perecedero. El adjetivo vulnerable se aplica a cualquier ser humano que pueda ser herido o recibir lesiones físicas o morales. Todo ello es particularmente evidente al final de la vida.

La vida se hace más débil y quebradiza, puede hacerse pedazos, terminar en cualquier momento porque es caduca y perecedera y, además, es vulnerable porque puede recibir daños físicos, psicológicos y morales. Estos calificativos no concuerdan para nada con la preocupación por la propia imagen física tan extendida en nuestra sociedad. Es urgente, pues, aprender a vivir el final de la vida y ayudar a otros a vivirla cayendo en la cuenta de que nuestra condición frágil y vulnerable no es para hacernos víctimas de nosotros mismos, sino para abrirnos a la vivencia de las emociones, los sentimientos y el cariño.

### 1.5. La irreversibilidad de la muerte

Los rasgos que definen el morir humano podrían resumirse así:<sup>3</sup>

a) La muerte es, ante todo, *el fin del hombre entero*. Todos los aspectos constitutivos de lo humano son radicalmente afectados por la muerte, que se presenta a cada uno como disolución de la unidad del ser, sustracción de la esfera de lo mundano y ruptura de las relaciones con los demás. La muerte no es sólo negación de la vida sino eclipse del sujeto viviente entero, es el fin del hombre.

b) Es también *la posibilidad por excelencia del hombre*, porque ella es la única certeza ineludible que posee acerca de su futuro. Para cada ser humano, que es por naturaleza prospectivo, un proyecto, o sea, que existe en la medida en que actúa progresivamente sus posibilidades, la muerte representa la única posibilidad factible y absoluta. De ahí que se le haya caracterizado como «ser para la muerte», el único viviente ordenado intrínseca y dinámicamente hacia ella.

c) La muerte goza además de *una presencia constante en la vida*, porque el hombre puede morir en cualquier momento: «Morir siempre es una cuestión de tiempo»<sup>4</sup>. No se

---

<sup>2</sup> E. LÉVINAS, *De lo Sagrado a lo Santo*, Río Piedras, Barcelona, 1997, 136.

<sup>3</sup> Para lo que sigue, véanse las excelentes obras de J. L. RUIZ DE LA PEÑA, *El hombre y su muerte*, Aldecoa, Burgos, 1971; *La otra dimensión. Escatología cristiana*, Madrid, 1975, 309-312; *El último sentido*, Marova, Madrid, 1979, 145-151.

<sup>4</sup> Así lo afirma un personaje de J. SARAGAMO, *Ensayo sobre la ceguera*, Alfagüara, Madrid, 1996, 337.

trata de un evento lejano. Su sombra se proyecta sobre el curso entero de la vida. Por eso el hombre está obligado a tomar postura ante ella en el sentido de que puede y debe *morir la muerte*, no sólo expirar. No soportarla pasivamente, sino obrarla, optar responsablemente ante ella, elegir libremente el modo de afrontarla, de morir su muerte.

d) Por último está el hecho de *la muerte irrepitable* de cada uno y la muerte irrepitable de cualquier otro. Nadie puede morir la muerte de otro. Se podrá morir incluso por o en lugar de otro, pero jamás se muere la muerte de otro: es algo personal e intransferible. Más aún, el otro, si es un ser querido, no sólo muere, sino que “se nos muere”, “se me muere”. Así es como la muerte termina poniendo de relieve algo que ya se ha apuntado más atrás: la relacionalidad constitutiva del ser humano. Es una de las ocasiones donde se intensifica la experiencia de comprendemos a nosotros mismos como configurados y conformados por otros.

En cualquier caso, el *proceso humano* de morir comienza antes y continúa después de la muerte<sup>5</sup>. Antes de ella es importante el proceso humano del enfermo que ve acercarse la muerte y el proceso humano de acompañarle por quienes le rodean. Después tiene importancia el proceso humano del duelo.

En el caso que nos ocupa la cuestión central es cómo acompañar a la persona en el proceso de morir<sup>6</sup> para que tenga una muerte digna. Quizá la expresión más adecuada no sea la de “ayudar a morir”, sino la de “ayudar durante el proceso de morir” con el fin de ayudarle a vivir su muerte con dignidad. La cercanía de la muerte provoca crisis tanto en el paciente como a su alrededor. ¿Cómo se le ayuda? ¿Qué se le dice? ¿Qué se hace? ¿Cómo humanizar ese proceso?.

### **1.6. La muerte en la sociedad actual**

En la sociedad occidental la muerte y el morir chocan frontalmente contra los valores en boga: la productividad, la eficacia y la eficiencia, la capacidad de autodeterminación y, quizá sobremanera, el dominio sobre cuanto nos rodea a través del control y el desarrollo de sus respectivas técnicas. Si a todo ello se suma el espectacular desarrollo de la medicina, que aleja la llegada de la muerte mucho más que antes, comprenderemos por qué la muerte suele presentarse como una anti-valor: atenta contra los valores predominantes y es necesario ocultarla como si fuera una especie de tabú innombrable.

Un gran obstáculo para ofrecer una atención integral a la persona moribunda es la ocultación de la muerte en nuestra sociedad a pesar, incluso, de lo paradójicamente cruel que resulta contemplar tan a menudo las muertes provocadas por las guerras, el terrorismo o los accidentes de tráfico. Ya desde la década de los 70 del pasado siglo se viene denunciando este fenómeno en medio de la asepsia hospitalaria debido, entre otras cosas, a la rutina del trato con los moribundos que “normaliza” el momento de la muerte haciéndola pasar a un segundo plano y disminuyendo su impacto emocional. Asimismo, la difusión de los tanatorios, con sus legítimas prestaciones sobre la organización de los duelos, contribuyen a “despistar” la muerte y a difuminar sus efectos perturbadores.

Hay toda una serie de preguntas a las que debemos responder<sup>7</sup>: ¿A qué se expone una cultura que disimula el dolor, el sufrimiento, el envejecimiento y la muerte? ¿A dónde va una sociedad que convierte en tabú la enfermedad, la muerte y el duelo? ¿Para qué sir-

---

<sup>5</sup> Véanse acerca de todo ello las excelentes obras de Ph. ARIÈS, *La muerte en Occidente*, Argos, Barcelona, 1982 y *El hombre ante la muerte*, Taurus, Madrid 1992.

<sup>6</sup> Puede consultarse AA. VV, “El acompañamiento espiritual del enfermo”, *Labor Hospitalaria*, N° 278, 4-2005; J. MASIÁ CLAVEL, “El proceso biocultural de morir”, en *Bioética y antropología*, Universidad de Comillas, Madrid, 1998, 139-150.

<sup>7</sup> Véase de nuevo J. MASIÁ CLAVEL, *Ibid.*, 151-152, cit. supra nota anterior.

ven los avances de la tecnología, la organización social y hasta el cuidado estético, tanto en clínicas como en tanatorios, si se rehuye a mirar cara a cara el proceso de morir y el momento de la muerte? ¿Qué nos pasa ante una persona que se da cuenta de que va a morir? ¿Qué es lo que nos pasa a nosotros, a cada uno, no qué le pasa a la persona que está muriendo? ¿Será que no acabamos de asumir el hecho de la muerte?

## 2. DIGNIDAD HUMANA Y FINAL DE LA VIDA: LA TAREA DE CUIDAR

En el ámbito de la ética general, y de la bioética en particular, el principio de la dignidad del ser humano se acepta como principio cardinal e insustituible aun contando con la pluralidad de significados que se le otorgan<sup>8</sup>. La historia de la lucha por la dignidad humana es un modo legítimo para justificar la existencia de la ética<sup>9</sup>, porque la exuberante textura de la vida cotidiana es el gran banco de pruebas donde se demuestra objetivamente la dignidad o indignidad del comportamiento moral. Estamos ahí ante un mínimo fundamental que nadie puede ignorar y del que nadie tiene la exclusiva, pero de cuya lógica interna tampoco es posible prescindir: 1º) que el hombre sea *humano*, 2º) que lo humano sea lo *bueno*, y 3º) que lo bueno gire siempre en torno a la órbita de la *dignidad*.

Así pues, la pregunta por la dignidad humana se transforma en pregunta moral por *lo que* debemos hacer de digno en favor de un ser humano al final de su vida. Y se transforma asimismo en la pregunta ética de *por qué* lo debemos hacer. Sin embargo, conviene tener muy en cuenta el modelo antropológico y ético que subyace a nuestra conducta. Simplificando mucho podríamos hablar dos éticas basadas en dos antropologías diferentes:

- a) La primera intenta desarrollar la identidad personal, la construcción del propio Yo, **mediante la relación** con los “otros”. Tan es así que resulta imposible concebir el propio Yo sin “alteridad”, es decir, aislado o en solitario al margen de o prescindiendo de los demás: «El término *Yo* significa *heme aquí* dispuesto a todo y a todos... constrictión a dar a manos llenas». Y, del mismo modo, el hecho de afirmar «Soy “con los otros” significa “soy por los otros”: responsable del otro»<sup>10</sup>. El lugar por antonomasia de la ética son las relaciones personales.
- b) La segunda, en cambio, intenta desarrollar la identidad personal y construir el propio Yo, mediante o **a través del dominio**, el control y el poder sobre cualquier cosa que no soy Yo, incluidos los demás. Este afán conquistador ha producido los mayores avances científico-técnicos jamás conocidos hasta ahora, con su correspondiente calidad de vida, pero a costa de llevar por delante cualquier cosa que no sea el Yo individual, colectivo o institucional, incluidos sus propios semejantes.

Todo parece indicar que el futuro de la humanidad exige subordinar el segundo modelo al primero, porque lo decisivo reside en adoptar una dirección diferente a la que estamos llevando: la dirección de «ir hacia el otro», que no es sólo vecino, competidor o cliente, sino, por encima de todo, «interlocutor»<sup>11</sup>. Este planteamiento es el que debería servir de fundamento a la tarea de “cuidar” personas al final de su vida, una tarea muy an-

---

<sup>8</sup> Véase A. LANGLOIS, “Dignité humaine”, en G. HOTTOIS - J. N. MISSA (eds.), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, DeBoeck Université, Bruselas, 2001.

<sup>9</sup> J. A. MARINA - M<sup>a</sup> DE LA VÁLGOMA, *La lucha por la dignidad*, Anagrama, Barcelona, 2000, 27-28.

<sup>10</sup> E. LÉVINAS, *De otro modo que ser, o más allá de la esencia*, Sígueme, Salamanca, 1995, 183.217.221. 223; ID., *De lo sagrado...*, 136, cit. supra en nota 2.

<sup>11</sup> E. LÉVINAS, *Humanismo del otro hombre*, Ediciones Siglo XXI, México, 1974, 56-57.

tigua que ha vuelto a recuperar todo su vigor poniendo el acento en una de las vertientes más humanizadoras de la medicina.

El punto de partida de la ética del cuidar es la experiencia y la vivencia del otro en cuyo “rostro” se concentra lo más distintivo de su persona. Solamente es posible responder a la llamada de ese “rostro” si salimos de nosotros mismos, nos abrimos a la exterioridad y nos disponemos a responder. Podremos comprobar, entonces, que cuidar de alguien no significa sólo *estar-con* alguien, sino *estar-por* alguien, es decir, vivir preocupados y ocupados física y mentalmente por ese alguien. Y comprobaremos también que la responsabilidad ética y moral afecta al conjunto de nuestro ser y nuestro obrar en relación a la vida y al desarrollo del otro como ser humano que está atravesando la fase final de su existencia.

El reconocimiento de la dignidad humana en abstracto es relativamente sencillo, pero lo decisivo es reconocer la dignidad del otro imponiéndose el deber de hacer algo por ese otro. Lo que está en juego no sólo es un concepto, sino ¿qué tipo de ser humano quiero ser yo? ¿qué retrato hago de mi mismo cuando me relaciono con los demás?. Veamos algunos deberes de la ética del cuidar<sup>12</sup>.

## **2.1. Algunos deberes de la ética del cuidar**

### ***A) Compasión***

Consiste en percibir e interiorizar el sufrimiento o padecimiento de otra persona y compartirlo como si fuera algo propio. No se trata de mera empatía, extraordinariamente importante por otra parte en la relación entre profesional y paciente ni, menos aún, de una compasión estática que resulta ser falsa porque impide ponerse en el punto de vista del otro. Se trata más bien de una tarea dinámica que supera la asimetría y se traduce en un movimiento solidario consistente en hacerse cargo y hasta cargar con el otro.

### ***B) Confidencialidad***

El profesional sanitario debería destacar por su capacidad de escuchar y su discreción, es decir, por su capacidad de guardar secreto y de callar para sí los mensajes que le comunica la persona confiada a sus cuidados, especialmente si se encuentra en la etapa final de su vida. El respeto, la práctica del silencio y, sobre todo, la capacidad de preservar la vida íntima del otro, su privacidad y mundo interior, son características de la confidencialidad que garantizan a la persona no quedar expuesta ante ninguna clase de exhibición.

### ***C) Confianza***

Sólo es posible cuidar a un ser humano frágil y vulnerable si entre el agente cuidador y el sujeto cuidado se establece una relación de confianza o un vínculo presidido por la fidelidad y la lealtad. Confiar en alguien es creer en él, ponerse en sus manos y a su disposición. Y eso sucede cuando uno se fía del otro y le reconoce una autoridad no sólo profesional, sino también moral y emocional. Por lo tanto, dar pruebas y garantías de confianza no sólo por las palabras y los gestos, sino por la competencia profesional, es una virtud indiscutible de quienes se dedican al cuidado de quienes están al final de la vida. En ese sentido, las malas conductas, la comercialización de la medicina, la tendencia a convertir el sistema de salud en una empresa, el trato tantas veces impersonal, entre otras causas, pueden destrozar la confianza entre pacientes y profesionales sanitarios<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Para todo lo que sigue, véase F. TORRALBA, “Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar”, *Labor Hospitalaria*, 253-3 (1999) 129-188 y *Antropología del cuidar*, Mapfre-Medicina, Barcelona, 1998.

<sup>13</sup> Véase E. D. PELLEGRINO, “Las relaciones entre médicos y enfermos”, *Atlántida* 4 (1991) 44-51.

#### ***D) Conciencia***

Significa capacidad de reflexión, prudencia, cautela y conocimiento de las cosas que se traen entre manos a la hora de tratar ancianos. Ello supone, desde la perspectiva ética, mantener siempre la tensión, estar atento a lo que se está haciendo y no olvidar nunca que la persona que está bajo mis cuidados es un ser humano merecedor de respeto por su constitutiva dignidad. La inconsciencia y la rutina sobre lo que se hace a una persona al final de su vida termina banalizando el cuidado como si fuera solamente una mera actividad mecánica o técnica.

#### ***E) El tacto***

Resulta éticamente imposible cuidar a un ser humano virtualmente, o sea, a distancia. La tarea del cuidado exige la presencia física, el tacto epidérmico, precisamente porque «el rostro habla»<sup>14</sup>, porque la caricia y el beso se transforman en profundas manifestaciones de respeto, atención, cercanía y preocupación por la persona tratada. De hecho, el cuerpo humano es la presencia viva de la persona en su totalidad. Por eso, mucho más allá de roce epidérmico o la caricia, el tacto se refiere a la capacidad de saber estar en un determinado sitio y en una determinada circunstancia sin incomodar, sin molestar a la persona afectada. Significa saber decir lo más conveniente y saber callar en el momento oportuno, saber retirarse a tiempo y, en resumen, saber lo que se tiene o no que hacer en una situación determinada. Tacto y prudencia son primos hermanos.

#### ***F) La escucha y la mirada***

Es imprescindible mirar y escuchar a las personas que cuidamos. Tiene diversas manifestaciones en las diferentes etapas de la vida, pero es indudable que los gestos del cuerpo, el color o la expresión de los ojos o la posición de las manos, por ejemplo, transmiten muchísimas cosas que es necesario interpretar con la propia mirada. Todo esto exige un predisposición especial: vaciar fuera de uno mismo los propios asuntos que solemos traer entre manos puesto que, de lo contrario, en vez de escuchar y mirar atentamente, se termina por proyectar en el otro nuestras fijaciones y problemas de orden personal. Del mismo modo, la expresión de una persona al final de su vida, aunque no hable nada, transmite verdaderos discursos que jamás son insignificantes, ni banales ni circunstanciales, porque salen del interior y necesitan que alguien los escuche y mire con atención.

#### ***G) Dejar que el otro sea él mismo***

Cuidar de alguien es dejarle ser, ayudarle a ser, preservar su identidad, favorecer y respetar su autenticidad, es decir, su modo específico de ser y desarrollarse como persona. Dejar que el otro sea él mismo no es lo mismo que abandonarlo a su suerte o ser indiferente ante él. Tampoco consiste en manipularlo desde nuestros intereses, ni sustituirlo o anularlo desde nuestra propia personalidad. Se trata más bien de velar y acompañar, preocuparse y ocuparse del otro. Significa decir: «heme aquí dispuesto a todo y a todos»<sup>15</sup>. ¡Qué distinto es vivir ejerciendo el poder o el dominio y el control sobre los demás, que vivir dedicándose a acoger, recibir y tratar a los demás como “huéspedes” de la propia vida!.

#### ***H) Procurar por el otro***

Estamos ante una acción constructiva cuyo fin es asegurar que el sujeto cuidado tenga lo indispensable y necesario para poder ser, para que pueda ser él mismo y para que pueda vivir el final de su vida de la mejor manera posible. En eso consiste procurar por el otro como tarea que se organiza a través de relevantes instituciones tales como la familia y

<sup>14</sup> E. LÉVINAS, *Humanismo...*, 45, cit. supra en nota 11.

<sup>15</sup> E. LÉVINAS, *De otro modo que ser...*, 183. 217. 22. 223, cit. supra en nota 10.

la sanidad. Es una actividad que se basa en la relación interpersonal y, precisamente por ello, se dice que “procurar por” se traduce objetivamente en “ser con”, estableciendo vínculos de comunión con los demás. Hay distintas formas de interacción: ser uno para el otro, uno contra el otro, uno sin otro, pasar de largo junto al otro, no importarle nada uno al otro<sup>16</sup>. Sólo la primera de ellas es realmente ética, porque en las demás el otro no importa, resulta indiferente, molesto, insidioso y hasta puede ser eliminado.

## **2.2. Algunas necesidades a las que debemos responder**

Ante la reconocida importancia de la autonomía y la independencia, como paradigmas del modelo de vida en nuestra sociedad, conviene volver a recordar la terca evidencia de que el ser humano es carencial porque siempre tiene que resolver necesidades y, además, es dependiente porque en muchas ocasiones no puede vivir sin la ayuda de otro. Hoy día es urgente recuperar algunas necesidades vitales que ponen a prueba nuestra capacidad y disposición para preocuparnos por solucionar nuestras carencias y dependencias mutuas<sup>17</sup>, así como las que experimentan las personas que están bajo nuestro cuidado al final de su vida.

### ***A) Necesidad de sentido***

El ser humano tiene ante sí un amplio abanico de sentidos para su vida y tiene que elegir uno de ellos. Puede cambiarlo, pero es incapaz de vivir sin ninguno. Es muy probable que el sentido de la vida de un enfermo terminal sea directamente proporcional al sentido de toda su trayectoria vital, así como a la ayuda que recibe por parte de los profesionales y familiares que le atienden. Igualmente, el sentido de la atención sanitaria seguramente es proporcional al sentido que cada profesional otorgue a la actividad destinada a mejorar las pautas de actuación relativas al bienestar de sus pacientes. En cambio, cuando todo esto comienza a vivirse como una simple tarea mecánica o burocrática, dejará de hacerse, sencillamente porque ha terminado perdiendo su sentido.

### ***B) Necesidad de reconocimiento***

El ser humano no sólo tiene necesidad de conocer, sino de ser reconocido. Desea que se reconozca su identidad, lo que es él mismo. Cuando no es posible satisfacer esta carencia fundamental, la propia identidad se vive de manera traumática. Tanto en el caso de los enfermos, como en la tarea de sus familiares y de los profesionales sanitarios que los atienden, reconocer la identidad del otro significa tratarlo como a un tú, como a un sujeto que tiene nombre y que es, por encima de todo, una persona singular, única e irrepetible. El trato anónimo, la atención despersonalizada y la caída en la indiferencia son otras tantas actitudes que impiden reconocer la identidad del otro y, sobre todo, vacían de significado la acción de cuidar y la propia actuación sanitaria en la etapa final de la vida.

### ***C) Necesidad de reconciliación***

Al final de la vida el paciente suele sentir la necesidad de cerrar el círculo de su existencia superando posibles resentimientos. El camino adecuado para ello es la práctica del perdón, que tiene expresiones de carácter afectivo y psicológico. La paz y la serenidad interior se consiguen mediante la reconciliación. Esta necesidad se percibe todavía con mayor intensidad cuando el enfermo ha entrado en una situación terminal. La proximidad de la muerte les plantea con más urgencia la necesidad de reconciliarse, de resolver asuntos pendientes. La falta de tacto o la carencia de escucha y mirada atentas, citadas más arriba, suelen ser un gran obstáculo para acompañar ofreciendo caminos de reconciliación.

<sup>16</sup> M. HEIDEGGER, *Ser y Tiempo*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2001, 138.

<sup>17</sup> F. TORRALBA, “Necesidades espirituales del ser humano”, *Labor Hospitalaria*, 271-1 (2004) 7-16.

#### ***D) Necesidad de arraigo***

Todos tendemos a echar raíces, así como a cultivar y sentir la necesidad de estar con los nuestros. Prestar atención sanitaria a una persona al final de la vida lleva consigo establecer lazos afectivos y vínculos de confianza. Por eso el enfermo siente la necesidad de cultivar las raíces de su identidad personal y el profesional sanitario está obligado a tener bien claras las raíces desde donde se nutre el significado ético de la medicina. El individualismo, el atomismo, la fragmentación injustificada de funciones, la ausencia o ruptura de relaciones de confianza, demuestran una falta de arraigo que puede generar desconfianza, desinterés y empujar al enfermo a sentirse extraño en un mundo de desconocidos.

#### ***E) Necesidad de verdad***

El ser humano desea por naturaleza trascender las meras apariencias e ir hasta el fondo de las cosas. Necesita conocer la verdad de cuanto le sucede a él y a su propio alrededor. Esta misma necesidad la siente el enfermo, aunque no siempre esté preparado para recibirla ni digerirla. El cuidador debe comunicar la verdad soportable, es decir, esa verdad que tal paciente concreto puede comprender y asumir. Algunas veces es el propio paciente quien se niega a conocer la verdad y experimenta miedo ante lo que esa verdad pueda revelar. Por eso, el cuidador no debe caer en el peligro de la indiferencia informativa ni incurrir en el encarnizamiento informativo. Debe indagar las causas del temor del paciente y ayudarlo a superarlo para enfrentarse con su propia verdad.

#### ***F) Necesidad de libertad***

El concepto de libertad es más amplio que el concepto de autonomía. Cuando se cuida la libertad de un paciente hay que poner el énfasis en la liberación de todas las ataduras de su propio yo, porque esas ataduras le atenazan, le enajenan y le rebajan a un estado de subordinación injusta. La enfermedad terminal puede ser una dificultad añadida para conseguirlo. No obstante, entender la libertad como liberación de determinadas obsesiones o fijaciones o de la incapacidad de hacer algo valioso y positivo por sí mismo, permite a la persona sentirse protagonista de esa etapa de la vida y estimula al cuidador para servir de apoyo al protagonismo irreplicable de cada persona al final de su vida.

#### ***G) Necesidad de soledad y silencio***

El ser humano siente la necesidad de aislarse periódicamente de la sociedad, de estar a solas consigo mismo recordando sus historias, reviviendo sus emociones y rumiando pausadamente sus dudas y problemas. Esta necesidad tan importante para todos, precisamente ahora que cuesta tanto abstraerse del exterior, adquiere un profundo significado humano para la persona que pasa por el final de la vida y para quienes la cuidan porque, en esos momentos, la soledad está rebosante de presencias queridas y el silencio se llena de gestos no verbales que constituyen verdaderos discursos.

#### ***H) Necesidad de gratitud y ternura***

Puede describirse como la necesidad de sentirse agradecido por lo que uno ha hecho y, simultáneamente, por la necesidad de recibir cariño y ternura<sup>18</sup>. Todos necesitamos que nos digan gracias alguna vez por lo que hemos dicho y hecho, por el papel que ejercemos en la vida. Cuando estamos ante enfermos que finalizan su vida deberíamos ser capaces de ayudarles caer en la cuenta de que les ha merecido la pena haber vivido, incluso

---

<sup>18</sup> C. JOMAIN, *Morir en la ternura*, Paulinas, Madrid, 1987.

con episodios aparentemente irrelevantes. Pero tendremos que estar dispuestos, por encima de todo, a ofrecerles cariño y ternura: es el final más digno y humano que todos deseamos.

### **3. EL FINAL DE LA VIDA DESDE LA ÉTICA PROFESIONAL**

Aun contando con la importancia otorgada a la satisfacción de las necesidades y al cumplimiento de los deberes relacionados con la ética del cuidar, resulta imprescindible recordar algunas pautas de actuación moral ante la relevancia de diversas cuestiones éticas suscitadas al final de la vida<sup>19</sup> que atraviesa el ser humano finito, dependiente, frágil, vulnerable y mortal.

#### **3.1. Intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible**

Se trata de un compromiso connatural al ejercicio de las profesiones sanitarias. Es socialmente positivo que perdure el esfuerzo por preservar la vida y recuperar la salud en las profesiones sanitarias pero es que, además, esa actividad es esencialmente ética en sí misma hasta el punto de que la medicina no podría concebirse con otros fines ni otros bienes so pena de negarse a sí misma.

Sin embargo, la vida no es un valor absoluto que se deba conservar a ultranza o a cualquier precio. Es un valor prioritario y fundamento de otros valores y derechos, pero no puede ser absolutizado. No es absoluto. En este sentido, una exagerada actitud vitalista, que tiende a prolongar la vida con agonías interminables, incurre en la obstinación o encarnizamiento terapéutico sobre el que no cabe duda alguna a la hora de calificarlo como radicalmente inhumano y, por eso, radicalmente inmoral. «El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas»<sup>20</sup>.

#### **3.2. Contar con la autonomía informada del paciente**

En esta situación en la que está en juego su propia vida, el paciente próximo a la muerte no puede ser jamás un mero comparsa sobre el que se toman decisiones sin contar con él. No puede negarse la complejidad de la información en estos casos, pero hay muchos puntos intermedios entre la obsesión por informar a toda cosa y el tratamiento del enfermo como si fuera un niño.

Resulta incuestionable el protagonismo del paciente sobre una decisión que a nadie afecta más que a él mismo: morir su muerte y elegir libremente el modo de vivirla. Hay un rechazo unánime sobre la imposición de la muerte a un paciente terminal sin contar con su decisión, porque nadie puede ser desposeído de su vida sin, al menos, contar con su libre y expreso consentimiento. Por eso el médico «ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables»<sup>21</sup>.

Tienen relevancia en este punto las Directrices o Voluntades anticipadas, entendidas como una continuación lógica del consentimiento informado y, por tanto, como aporta-

---

<sup>19</sup> Entre la abundante bibliografía, véanse, por ejemplo, J. GAFO, *La eutanasia. El derecho a una muerte humana*, Ediciones Temas de Hoy, Madrid, 1989; ID., *Eutanasia y ayuda al suicidio*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1999, 120-126; I. GARCÍA PALOMERO, “Ética del final de la vida. Asistencia al paciente terminal”, en J. M<sup>a</sup>. GÓMEZ HERAS - C. VELAYOS CASTELO (eds.), *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*, Tecnos, Madrid, 2005, 203-220.

<sup>20</sup> ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA, *Código de Ética y Deontología Médica*, art.27.2.

<sup>21</sup> ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA, *Ibid.*, art. 27.2

ción a una mejor relación médico-enfermo en la que el protagonismo del paciente contribuirá a dar sustancia humanista y responsabilidad moral a ese momento tan crucial de su vida. No obstante, tampoco nos podemos engañar. Ese tipo de documento aún no es una costumbre normalizada. Durante muchos años el escenario habitual será el de un médico y un familiar tratando de aclarar en qué consiste el mayor beneficio de un paciente terminal con el objetivo de decidir eso que llamamos “limitación del esfuerzo terapéutico”, algo que se hace todos los días en nuestros hospitales.

Hay incluso numerosos autores y entidades que han propuesto declaraciones específicas de los derechos del paciente terminal<sup>22</sup>, cuyo cumplimiento garantiza la humanización del proceso de morir.

### **3.3. Humanizar la situación del enfermo irreversible y terminal**

Humanizar esta situación significa tanto como afirmar al ser humano y, además, afirmarlo como persona, es decir, personalizar la atención y los cuidados sanitarios en esta etapa final de la vida. Afortunadamente, la progresiva difusión de la medicina paliativa contribuye a humanizar el final de la vida, puesto que su filosofía se apoya en la conjunción de los tres grandes protagonistas de ese momento: el propio enfermo, sus familiares y el equipo sanitario que lo atiende. Tiene como objetivo específico el cuidado de la totalidad del paciente, es decir, la atención integral de todos los factores que concurren en ese trance final de la vida: «hacer más soportable el sufrimiento...y, al mismo tiempo, asegurar al paciente un acompañamiento humano adecuado»<sup>23</sup>.

Se puede afirmar que la extensión de los cuidados paliativos<sup>24</sup> y la difusión de los “hospicios”, desde los años 60 del siglo XX y por impulso de Cecily Saunders<sup>25</sup>, han abierto pistas de gran importancia en la necesidad de humanizar el final de la vida humana. Son también muchos los autores para quienes, antes de asumir los riesgos inherentes a una despenalización de la eutanasia en sentido estricto, es imprescindible profundizar mucho más en los cuidados paliativos como respuesta adecuada y positiva a la situación de muchos enfermos terminales.

Asimismo, los cuidados paliativos están contribuyendo a poner de relieve que la muerte no es en muchas ocasiones un fracaso de la medicina, sino un suceso inevitable que evidencia el carácter finito, limitado, frágil y mortal del ser humano. Y en ese sentido es obligado afirmar que la muerte humanizada de un enfermo es también un verdadero éxito de la medicina que, en tales circunstancias, ya no puede curar pero sí puede cuidar al paciente, aliviarle en sus dolores y acompañarle en el final de su existencia.

### **3.4. Y...¿cuándo se pide morir antes que seguir viviendo?**

La década de los noventa del pasado siglo XX ha supuesto un claro resurgir del debate ético planteado en torno a los problemas relacionados con el final de la vida, volviendo a plantear la eutanasia en sentido estricto y poniendo cada vez más el énfasis en la llamada muerte médicamente asistida<sup>26</sup>. A partir de esa década comenzaron a proliferar diversas iniciativas legales y judiciales, cada vez con mayor apoyo social, que fuerzan a las propias profesiones sanitarias a cuestionarse o redefinir su papel en lo que parecía ser una tradición ética sin resquicios en los códigos de deontología médica y de enfermería.

---

<sup>22</sup> J. CRAVEN-BARTLE, “Aspectos bioéticos de la relación asistencial en situación de fragilidad”, *Bioética & Debat* 40 (2005) 1-6.

<sup>23</sup> JUAN PABLO II, *Evangelium vitae*, 65.

<sup>24</sup> Tiene interés la obra de J. SANZ ORTIZ - X. GÓMEZ BATISTE - M. GÓMEZ SANCHO - J. M. NÚÑEZ OLARTE, *Cuidados Paliativos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1993.

<sup>25</sup> C. SAUNDERS, *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*, Salvat, Barcelona, 1980.

<sup>26</sup> Véase, por ejemplo, F. J. JÚDEZ, “Cuando se desea morir antes que seguir viviendo”, en L. FEITO (ed.), *Estudios de bioética*, Dykinson, Madrid, 1997, 66-105.

El hecho es que algunos pacientes, aun cuando hayan recibido los mejores cuidados paliativos y disfruten del mejor acompañamiento posible, desean de manera consciente, libre y continuada no prolongar más su vida, piden morir ya y que les proporcionen los medios para que eso suceda. Es indiscutible que hay que buscar las garantías para evaluar la auténtica voluntad de esos pacientes, así como examinar el verdadero significado de su petición de eutanasia o suicidio asistido, puesto que puede ocultar otro tipo de solicitud de ayuda, pero esas situaciones existen. Están ahí. En tales circunstancias y ante tales casos ¿es admisible éticamente la eutanasia en sentido estricto o la muerte médicamente asistido? ¿Se puede descalificar éticamente a esas personas?. La respuesta depende del modelo ético que se utilice para justificar la conducta:

1. Para cualquier modelo de ética que afirme la libertad como supremo valor del ser humano, como último punto de referencia, y afirme en consecuencia que el ejercicio de la libertad es el fundamento de la dignidad humana y que ello justifica por sí sólo la capacidad de decidir cada uno sobre su propia vida, es fácil argumentar en favor del suicidio y la eutanasia en sentido estricto. Tampoco es nada fácil argüir en su contra mediante argumentos apodícticos que no existen.
2. Por el contrario, ese tipo de conducta recibe un significado ético muy diferente cuando se afirma el valor inviolable y sagrado de la vida. La obligación moral del precepto “no matarás” es aquí irrenunciable y proviene tanto de la ley natural como de la ley divina. Estas dos autoridades garantizan el deber de respetar la vida antes que la libertad y, por ello, impulsan a poner límites éticos y legales a las decisiones autónomas de la persona.

Si aceptamos movernos dentro de los parámetros mentales de una sociedad liberal y democrática será difícil encontrar argumentos decisivos para dirimir cuál de las dos posiciones anteriores tiene mayor peso. Hoy por hoy ambas aparecen irreconciliables y dan la sensación de haber llegado, por el momento, a un callejón sin salida.

Conviene recordar, no obstante, que la tradición moral católica ha llegado hasta nosotros con uniformidad y ha sido ratificada recientemente con solemnidad por Juan Pablo II: la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios y el suicidio constituye, en su realidad más profunda, un rechazo de la soberanía absoluta de Dios sobre la vida y sobre la muerte<sup>27</sup>. Es importante subrayar que los argumentos de la Iglesia en relación a la inmoralidad de dichas acciones son de índole religiosa y que, por tanto, son cuestionables para una persona no creyente. Más aún, «en el ejercicio de su profesión el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias»<sup>28</sup>.

En cualquier caso, el núcleo del debate no reside en la validación o negación de la autonomía del paciente y de su libre disposición de la vida, sino en la cuestión acerca de si un tercero está legitimado ética y moralmente para quitársela a petición suya o para colaborar o “asistir” a que esa misma persona se la quite. Es decir: el núcleo del problema consiste en responder a la pregunta de si es una lógica coherente reconocer el derecho a morir y generar simultáneamente el derecho a morir a manos de un tercero. Dicho aún de otro modo: tú tienes derecho a exigirme que no te impida suicidarte y debo respetarlo, pero ¿puedes pedirme que sea yo quien coopere a ello? ¿El deseo que tienes de morir es una justificación ética suficiente para que yo asuma el deber de actuar poniendo fin a tu vida?.

A este propósito, la deontología médica continúa siendo contundente: «El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de

---

<sup>27</sup> JUAN PABLO II, *Evangelium vitae*, 65-67.

<sup>28</sup> ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA, *Código de Ética...*, art. 8.3, cit. supra en nota 20.

petición expresa por parte de éste»<sup>29</sup>. Tal regla negativa es coherente con la ética médica desde los tiempos más antiguos<sup>30</sup>: su objetivo básico es preservar a los sanos y curar a los enfermos, y su principio fundamental consiste en proteger y cuidar la salud y la vida de cada paciente. Desde este punto de vista no hay salida alguna: la medicina no transforma enfermos en cadáveres.

Así todo, y a mayor abundancia, los códigos éticos profesionales no reflejan el variado abanico de posiciones y de conflictos morales que hoy se presentan a los profesionales sanitarios. Podrían sintetizarse así:

- Profesionales que se niegan a practicar la eutanasia o la muerte médicamente asistida y reivindican su derecho a la objeción de conciencia.
- Profesionales que experimentan un conflicto entre su ética profesional y su ética personal basada, esta última, en la disposición a colaborar por solidaridad en la muerte médicamente asistida de ciertos “casos límite”.
- Profesionales que justifican la despenalización de estos “casos límite” y están dispuestos a participar en su realización, considerando que la dimensión ética de tal conducta sólo pertenece a su vida privada.

### 3.5. La extensión gradual de una posible despenalización en España

Se acaban de publicar recientemente algunas propuestas que sugieren la conveniencia de ofrecer respuestas *legales*, no éticas, a las situaciones y casos concretos que continúan solicitando la eutanasia o la muerte médicamente asistida. Una de ellas procede del “Instituto Borja de Bioética” en donde se constituyó un grupo de trabajo específico que terminó publicando un documento bajo el título «Hacia una posible despenalización de la eutanasia: Declaración del *Institut Borja de Bioètica*»<sup>31</sup>. Los requisitos necesarios para ello serían los siguientes:

- Enfermedad que conducirá próximamente a la muerte.
- Sufrimiento insoportable.
- Consentimiento explícito del enfermo.
- Intervención médica en la práctica de la eutanasia.
- Revisión ética y notificación legal.

Los autores del grupo de trabajo concluyen deseando que su documento contribuya a «profundizar en la reflexión sobre la eutanasia, reflexión que se hace presente reiteradamente en el debate público y que requiere un enfoque multidisciplinar desde el rigor y la debida atención a todos los agentes implicados».

Más recientemente, el Comité Consultivo de Bioética de Cataluña ha publicado otro documento de características similares al anterior, aunque en este caso con mayor extensión y profusión bibliográfica, titulado «Informe sobre la eutanasia y el suicidio asistido»<sup>32</sup>.

---

<sup>29</sup> ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA, *Código de Ética...*, art.3, cit. supra en nota 20.

<sup>30</sup> En los escritos hipocráticos, por ejemplo, se dice que el objeto de la medicina es «librar por completo a los enfermos de sus sufrimientos, atenuar los rigores de las enfermedades y no dar tratamiento a quienes están vencidos por la enfermedad» (*Tratados Hipocráticos*, “Sobre el arte”, Alianza Editorial, Madrid, 1996, 184).

<sup>31</sup> Véase el texto de la Declaración en *Bioética & Debat*, 39 (2005) 1-7.

<sup>32</sup> COMITÈ CONSULTIU DE BIOÈTICA DE CATALUNYA, *Informe sobre la eutanasia y el suicidio asistido*, Departament de la Salut de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, 2006.

#### 4. CONCLUSIONES

1. Continúa siendo necesario afirmar el rechazo tajante sobre el encarnizamiento terapéutico, así como el apoyo sin reservas a los tratamientos paliativos contra el dolor y el sufrimiento, junto a la imperiosa exigencia de cuidar y acompañar a la persona terminal fundamentada en la ética de la “alteridad”.

2. Es cada vez más compartida la decisión de difundir las Unidades del Dolor y los Cuidados Paliativos como “ayuda durante el proceso de morir” y a tener una “buena muerte” en el sentido literal del término eutanasia. Asimismo, la Tanatología debería ser asignatura obligatoria en las Facultades de Medicina.

3. La tendencia colectiva a la ocultación de la muerte constituye un gran obstáculo para pensar en ella y para asumirla como un hecho que se puede vivir con dignidad. Igualmente, el énfasis puesto en la autonomía representa un avance indiscutible y, al mismo tiempo, la base principal del desarrollo de movimientos en favor de la eutanasia voluntaria, activa y directa.

4. La invocación de los principios de excepción y de solidaridad contribuyen a reforzar la posición de quienes defienden la eutanasia fundamentándose en la autonomía personal, pero no gozan de unanimidad ni pueden generalizarse a todos y cada uno de los casos existentes.

5. La petición de muerte médicamente asistida suele estar solapando otras preguntas e inquietudes más profundas en los pacientes terminales, como son las de recibir cuidados personalizados, compañía de sus seres queridos, ser escuchados y comprendidos y, en definitiva, “morir en la ternura”.

6. El problema central de la eutanasia no reside exclusivamente en el reconocimiento o no de la autonomía del enfermo moribundo, sino en la legitimidad legal y moral de que intervenga una tercera persona en la acción eutanásica.

7. Hoy por hoy no está nada claro que la aprobación legal o la despenalización de la eutanasia pueda convalidar la bondad moral de la acción realizada. No se puede confundir el plano legal con el plano ético. La legalización de la eutanasia no equivale *ipso facto* a la moralidad de la eutanasia.

8. Hasta el día de hoy la intervención directa e intencionada en la eutanasia por parte de los profesionales sanitarios no se contempla de ninguna manera en ninguna parte de los códigos de Ética Médica. Aún así, los códigos éticos no recogen la pluralidad de posiciones morales entre los propios profesionales.

9. La descalificación sistemática y sin argumentos convincentes sobre las posturas contrarias sólo contribuye a la confusión, a la imprudencia, al diálogo de sordos, al triunfo de los ignorantes y, lo que es peor, al descuido de los enfermos terminales y a la falta de estudios rigurosos sobre su situación.

10. Tanto a creyentes como a no creyentes viene muy bien recordar la siguiente máxima de los siglos XII y XIII: «*quod omnes tangit, ab omnibus tractari et aprobari de-*

*bet*» («lo que atañe a todos debe ser tratado y aprobado por todos»<sup>33</sup>. Es muy llamativo observar que Juan Pablo II afirmó: «la defensa y promoción de la vida no son monopolio de nadie, sino deber y responsabilidad de todos»<sup>34</sup>. En consecuencia, los cristianos deben concurrir en el propio seno de la Iglesia y en el espacio público para dialogar y responsabilizarse de lo que atañe a todos: tratar y aprobar juntos las medidas que permitan a todos vivir y morir humanamente, con dignidad humana.

**Oviedo, 29 de abril de 2006**

**Constantino González Quintana**  
**Jefe del Servicio Sanitario de Atención Ciudadana**  
**Dirección General de Salud Pública y Planificación**  
**Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias**

---

<sup>33</sup> Cf. Y CONGAR, “Quod omnes tangit, ab omnibus tractari et approbari debet”, *Revue historique de droit français et étranger*, 36 (1958) 228-230.

<sup>34</sup> *Evangelium vitae*, 91.