

(*Zenit*, 28 noviembre 2004). Los cuidados paliativos no tienen propiamente una finalidad terapéutica, sino que se refieren a la «calidad de vida», un concepto de cuya apropiación depende que se elimine el sufrimiento o a quien sufre.

Es la alerta que lanza, en declaraciones a *Zenit*, la doctora Claudia Navarini, profesora de la Facultad de Bioética del Ateneo Pontificio Regina Apostolorum (en Roma), subrayando el creciente interés que en las tres últimas décadas está desarrollando la asistencia a los enfermos terminales.

Se trata de un campo que progresivamente «ha adquirido nuevas posibilidades y ámbitos de intervención por varias razones» --explica--, tales como «la prolongación de la vida», que «ha generado un elevado número de personas (en su mayoría ancianos) con problemas de enfermedades crónicas y/o degenerativas incurables»; «el perfeccionamiento de las competencias en el tratamiento de los síntomas relativos a la fase terminal de la enfermedad, sobre todo del dolor»; «la sensibilidad de las sociedades occidentales» por la «calidad de vida»; o «la disponibilidad económica de los países industrializados de preparar personal, tecnología y estructuras también para quienes ya no tienen posibilidades realistas de mejorar o curar».

Así «ha crecido notablemente la cultura de los ¿cuidados paliativos?», esto es, «el conocimiento y la difusión de un tipo de asistencia ¿no únicamente sanitaria-- que se ocupa no sólo de intervenir en la evolución de una patología, ya en gravedad extrema, sino de controlar los síntomas que acompañan a la enfermedad y que son causa de molestia y de sufrimiento para el paciente», explica la doctora Navarini.

Pero paralelamente, los cuidados paliativos «promueven el bienestar del moribundo y de sus familiares prestando una atención específica a los aspectos psicológicos y espirituales», añade.

Por lo tanto aclara que «la medicina paliativa y los cuidados paliativos en general no tienen finalidad propiamente terapéutica, sino que se orientan a ayudar a las personas en el tiempo que señala la aproximación de la muerte y prepararse a ella».

Estamos, entonces, ante un ámbito «que se ocupa eminentemente de la ¿calidad de vida?, como subraya la más reciente definición de los cuidados paliativos propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 2002» (cfr. C. Sepúlveda et al., *Palliative Care. The World Health Organization's Global Perspective*, «*Journal of Pain and Symptom management*», 24, 2, Aug 2002, p. 91-96; y también www.who.int).

Esto pone al descubierto «una encrucijada decisiva que trae su origen precisamente del debate sobre la noción de ¿calidad de vida?», alerta la doctora Navarini.

Y es que «la línea de pensamiento que más frecuentemente se ha apropiado de tal noción pretende valorar a través de un ¿juicio de calidad? ¿potencialmente arbitrario en cuanto subjetivo? la dignidad y el valor de la vida humana, sosteniendo por ejemplo que en algunas situaciones de enfermedad grave o de compromiso de la vida relacional haya que preferir la muerte, que hay que buscar como medio para eliminar tales condiciones de sufrimiento», de tal forma que «tales vidas comprometidas ¿no valdría la pena vivirlas?».

«Al contrario ¿prosigue la doctora Navarini--, la noción de ¿sacralidad de la vida? reconoce un valor intrínseco e imprescindible en cualquier vida humana con independencia de sus condiciones, en virtud de la dignidad personal humana presente en cada instante desde la concepción a la muerte».

Aquí «tal valor no es ¿atribuido? por una voluntad finita ¿por el sujeto u otros individuos o la sociedad--, sino que es ¿hallado? y ¿recibido? como dato contenido en la ley natural accesible al hombre mediante la reflexión intelectual», precisa.

Así que «la encrucijada en que se sitúa la ¿calidad de vida?» también «arrastra a una doble interpretación el significado de los cuidados paliativos, por una parte entendiéndolos como baluarte contra la eutanasia, por otra como posible justificación de la eutanasia misma», revela.

Es éste un «punto esencial» de la ética del final de la vida, abordado en el XIX Congreso Internacional del Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud sobre «Los cuidados paliativos» al proponer «explícitamente indagar ¿qué son? y ¿qué no son?», «o bien formas ¿también camufladas? de eutanasia», informa la especialista.

Asimismo recuerda que de las reflexiones y testimonios de los expertos mundiales convocados hace 15 días por el dicasterio, se puso de manifiesto «una vez más cómo los cuidados paliativos pueden representar un verdadero antídoto a las peticiones eutanásicas, y cómo por

el contrario, la introducción de normativas favorables a la eutanasia determinan una drástica disminución de la prestación de cuidados paliativos a los moribundos, más rápidamente ¿gestionados? a través de su eliminación».

Y éste «es un dato que viene de Holanda ¿apunta--, primer país en el mundo que legalizó la eutanasia en 2002» (Fenigsen R., Dutch euthanasia: the new government ordered study, ¿Issues Law Med.?, 20(1), Summer 2004, p. 73-79).

Ambigüedades al descubierto

La doctora Navarini hace otra advertencia denunciando «algunas posturas ambiguas» actualmente «entre aquellos que propugnan la difusión de los cuidados paliativos con función anti-eutanásica»: son posiciones que «combaten una eutanasia desde la definición bastante limitada, obteniendo el efecto más o menos consciente de avalar otras formas de ¿asesinato piadoso? y alimentando la confusión terminológica y conceptual que rodea las cuestiones éticas del final de la vida».

Por ejemplo, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) difundió en 2003 un documento en el que «expresa oficialmente su postura sobre la eutanasia, definida como ¿la acción de matar intencionalmente a una persona, efectuada por un médico, por medio de la administración de fármacos, secundando la petición voluntaria y consciente de la persona misma?» (Materstved L.J. et al., «Eutanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force», ¿Palliative medicine?, 17, 2003, p. 97-101,; tr. it. en ¿Rivista Italiana di Cure Palliative?, 1/2004, p. 42-46).

«Con esta definición ¿puntualiza la especialista-- se admite la ficticia diferencia ética entre acción y omisión, mientras que debería parecer obvio que se realiza un acto análogo por naturaleza e intención cuando se provoca la muerte a través de la administración de un fármaco letal o a través de la suspensión (o la abstención) del tratamiento debido».

En ello hizo hincapié Juan Pablo II en su discurso a los participantes en el Congreso Internacional del dicasterio: «La eventual decisión de no emprender o de interrumpir una terapia se considera éticamente correcta cuando ésta resulte ineficaz o claramente desproporcionada respecto de los fines de sostener la vida o de la recuperación de la salud».

O sea, «el único tipo de abstención o suspensión terapéutica lícita es el rechazo del encarnizamiento terapéutico --subraya la especialista--, esto es, de tratamientos inútiles, gravosos y onerosos para el paciente que ya ha llegado inexorablemente al término de la existencia».

Recordaba entonces el Papa que «el rechazo del encarnizamiento terapéutico no es un rechazo del paciente ni de su vida. [...] El] objeto de la deliberación sobre la oportunidad de iniciar o continuar una práctica terapéutica no es el valor de la vida del paciente, sino el valor de la intervención médica sobre el paciente».

Frente a esto restringir la eutanasia a aquella «activa voluntaria» --denuncia la doctora Navarini-- haría «aceptable la falta de administración de terapias necesarias para la vida --por ejemplo la insulina para un diabético o la diálisis para una persona con insuficiencia renal-- y hasta la abstención de cuidados ordinarios que no representan actos médicos, como la alimentación y la hidratación, también artificiales».

Llegados a este punto se puede comprender --dice-- «cómo la misma duplicidad de actitud se encuentra en la determinación de cuáles sean concretamente los cuidados paliativos inadecuados o desproporcionados: los que no se corresponden a las necesidades reales del paciente, o porque no se ocupan eficazmente de hacer soportable el malestar del enfermo (dolor físico, ansiedad, soledad) o porque van --más allá-- de las necesidades de la enfermedad, resolviéndose en una forma de anticipar voluntariamente la muerte de los pacientes».

Y ello también lo puntualizó el Santo Padre: «Mientras que no se debe privar a los pacientes que lo necesitan del alivio de los analgésicos, su administración debe ser efectivamente proporcionada a la intensidad y al tratamiento del dolor, evitando toda forma de eutanasia como se tendría suministrando ingentes dosis de analgésicos con el objetivo de provocar la muerte».