

ORTOTANASIA.

Tratamiento vital y privilegio terapéutico.

Un estudio basado en el documento del Comité para la defensa de la vida, presidido por el Cardenal Narciso Jubany Arnau, y emitido por la Conferencia Episcopal Española con fecha 14 de febrero de 1993.

Autores: José María Amenós Vidal. Psicólogo Clínico y Social (docencia e investigación desde 1984) por la Universidad Central de Barcelona (España). Miembro Fundador y Administrador de la FPC. Javier Mandingorra Giménez. Máster de Orientación familiar por la Universidad de Navarra, y de Sexualidad por el Instituto Pontificio Juan Pablo II de estudios para el matrimonio y la familia (Valencia). España.

Fundación Psicología y Cristianismo. c/ Museo, 26 - 1º 1ª. D.P. 08912. Badalona (Barcelona). España. e-mail: info@psicologos.tk – url: www.psicologos.tk

Índice: Resumen. Introducción. La eutanasia u homicidio terapéutico. La distanasia u obstinación terapéutica. Cap. I. La jurisprudencia médica y legal. Cap. II. La investigación clínica y policial. Conclusión. La ortotanasia o privilegio terapéutico. Apéndice. La Medicina Paliativa. Notas y Textos. Palabras Clave. Bibliografía.

Resumen.

La "ortotanasia" (del griego "orthos", recto, justo...que observa el derecho conforme a la razón, que obra con juicio...) designa la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal.

La ortotanasia estaría tan lejos de la eutanasia, en el sentido apuntado aquí, como de la distanasia. Este término, que se refiere al valor sagrado de la vida humana y la dignidad de la persona frente a la muerte, que respete los derechos humanos de las personas moribundas y proteja la voluntad del enfermo y su derecho a la objeción de conciencia, la obligación del médico y su deber de preservar la vida, no se ha consagrado más que en ciertos ambientes hospitalarios, y hace referencia al "privilegio terapéutico".

In Memoriam.

Este documento es el fruto de 10 años de trabajo de docencia e investigación en memoria de los enfermos terminales que esperaban los trataran con justicia y acabaron siendo asesinados por quienes debían ayudarlos a vivir, para que algún día quienes los mataron reciban el castigo que merecen por su crimen contra la vida.

Introducción.

Hoy en día se observan determinadas actitudes maniqueas en el seno de la sociedad, nos hace falta recordar que siempre se han considerado a las luces del Magisterio de la Iglesia y de la doctrina de fe una herejía y que se reproduce en los tiempos modernos de modo y manera que se adoptan los viejos modelos que tanto combatieron en su época San Agustín, obispo de Hipona, la Orden de Predicadores fundada por Santo Domingo Guzmán, de cuyo sucesor más destacado tenemos a Santo Tomás de Aquino, y San Antonio de Padua de la Orden de los Hermanos Menores fundada por San Francisco de Asís, que lucharon contra la idea maniquea del suicidio como la buena muerte para poner fin a los males de este mundo.

Para que nos entendamos defendemos la tesis de la ortotanasia para evitar la eutanasia u homicidio terapéutico, y la distanasia u obstinación terapéutica, siendo que ambas son una psicopatía. Una explicación del suicidio, es que nos falta educar en la ardua tarea de enseñar a tener capacidad de sufrimiento, sin ocultar la realidad de la muerte, de la enfermedad, o el

dolor.

Esta misma huida y sin sentido del dolor que experimenta el mundo actual, nos lleva a la eutanasia, la búsqueda de la muerte cuando la vida se hace insoportable por el sufrimiento, y se piensa que no vale la pena vivir. Esto explica en buena parte la idea maniquea del suicidio, eliminar el sufrimiento aniquilando la voluntad de ser, mediante la praxis meditativa se hace desaparecer a la conciencia y con ella su sufrimiento, logrando lo contrario de lo que pretendemos ser como personas humanas.

Es fácil caer en el dualismo maniqueísta del bien y el mal ante la muerte. Esto es algo de lo que debemos estar prevenidos y atentos, son contrarios pero con diferente grado de consideración, el mal pertenece a un estado inferior y no se comprendería sin la degradación del bien, los maniqueos entendían que para evitar todos los males que son causa del dolor y sufrimiento en este mundo, la bondad de la muerte era el suicidio, consiguiendo de este modo precisamente la perversión del bien y caer en el mismo error que los defensores de la eutanasia al pretender evitar la distanasia con el homicidio. En realidad, el bien y el mal son actos de las instancias volitivas de la persona, en el que el bien a su vez se entiende en si mismo sin la existencia del mal o pecado original que pervierte al hombre y lo priva de su posición de privilegio al actuar contra si mismo o su propia naturaleza, y el mundo creado le sigue en la pendiente de su caída; y solo la justicia, el fin último de la existencia humana que es el juicio final, devuelve al ser humano su moral objetiva, única verdad revelada al hombre por la gracia de Dios, porque es a él mismo a quien le corresponde retornar justamente a su propia naturaleza y al mundo creado por derecho natural a su origen y estado primigenio (ver palabras clave).

Las investigaciones ontológicas de Santo Tomás de Aquino y fenomenológicas de Max Scheler sobre el dolor y el sufrimiento nos hacen comprender que son constitutivos del alma humana y dan una explicación de cómo aparece el mal en la naturaleza del ser humano siendo así que ella en su esencia ni lo contiene ni lo exige, así se entiende como el mal o la perversión del bien entra en el mundo con el pecado original del hombre al actuar contra su propia naturaleza, y como el bien en si mismo de la gracia de Dios eleva al orden sobrenatural y es posible la redención del género humano y de dar un sentido a su dolor y sufrimiento ante la muerte.

En cambio, hoy en día se está retornando a las corrientes ideológicas que defienden la cultura de la muerte y calan hasta lo más hondo de la civilización, como así lo hicieron desde Manes, filósofo persa, de donde toma origen el término maniqueísmo, hasta la Edad Media con la secta de los cátaros o albigenses, los que siendo defensores del suicidio como forma de autoliberación propugnan que es justificable el homicidio del que sufre con el fin de acabar con la vida de los enfermos a causa de su estado de gravedad.

No son pocas las personas que pretenden justificar la eutanasia pasiva y activa como medida de gracia ante el sufrimiento y en contra de la obediencia debida al Catecismo de la Iglesia Católica, Apostólica y Romana y de su cabeza visible, el Santo Padre. El 18 de agosto de 2002 en la concentración mayor que se ha producido en una visita a un país europeo, en la que se reunieron millones de personas, S.S. el Papa Juan Pablo II reiteró en Cracovia (Polonia) su condena de cualquier tipo de eutanasia para hacer frente a estas nuevas corrientes del pensamiento contemporáneo que hunden sus raíces en la filosofía oriental y la idea maniquea del suicidio y la perversión del bien, denunció la arrogancia del hombre que se sitúa, a veces, en el lugar de Dios, interfiriendo en el misterio de la vida humana y pretendiendo decidir sobre la vida del ser humano y fijar los límites de la muerte.

El hombre al rechazar las leyes divinas y los principios morales, se amenaza a si mismo abiertamente queriendo hacer callar la voz de Dios, gran ausente en la cultura y la conciencia de los pueblos, el misterio del mal, continua marcando la vida y, ante esta experimentada maldad, el ser humano vive el miedo al futuro, al vacío, al sufrimiento y la aniquilación.

Una acción u omisión que de ella misma o por intención produzca la muerte a fin de suprimir el dolor constituye un asesinato gravemente contrario a la dignidad de la persona humana y el respeto al Dios vivo, su Creador. El error de juicio en que se puede caer, no cambia la naturaleza de esta acción homicida siempre prohibida y rechazable.

La eutanasia u homicidio terapéutico.

La razón de ser de la Medicina es la curación del enfermo en cualquier fase de su dolencia, la mitigación de sus dolores, y la ayuda a sobrellevar el trance de la muerte, cuando no es posible la curación.

La eutanasia (del griego "eu", bien, y "thánatos", muerte), por el contrario no sólo es la renuncia a esa razón de ser, sino que consiste en la deliberada decisión opuesta a la Medicina, ya que es dar muerte a otra persona, por una presunta compasión, es una traición al ser humano y a la vida. Es un acto de falsa piedad, que no exime de culpa. La eutanasia se debe condenar sin reservas porque es un asesinato, es la psicopatía de una civilización amenazada por si misma.

Cuando en la comisión de un delito concurren circunstancias especiales, la actitud razonable no es legalizar el delito en tales circunstancias, sino que el Juez las tenga en cuenta a la hora de ponderar en el correspondiente juicio la responsabilidad del autor o los autores, si la hubiere.

Los partidarios de la eutanasia propugnan su legalización para, mediante su control, impedir excesos o abusos. Esta forma de presentar la cuestión presupone que, en determinadas circunstancias, la práctica de la eutanasia no es un exceso o un abuso; es decir, se ciega la posibilidad de debatir la naturaleza misma de la eutanasia, por que se parte gratuitamente del supuesto de que hay eutanasias abusivas y eutanasias correctas, lo cual es falso. Además, con esta forma de argumentar se intenta producir la impresión de estar solicitando una legislación restrictiva, cuando en realidad se solicita una norma permisiva, que es exactamente lo contrario.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la eutanasia como aquella "acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente".

La eutanasia es un acto que busca provocar la muerte a una persona enferma que conlleva graves consecuencias familiares, sociales, médicas, éticas y políticas.

La eutanasia significa el final de la confianza depositada durante milenios en una profesión que por su Juramento de Hipócrates tiene un sentido sagrado de la vida humana y siempre se ha comprometido a no provocar la muerte intencionadamente bajo ningún concepto.

La eutanasia deshumaniza la Medicina, los médicos se vuelven indiferentes hacia los enfermos. Solamente desde el respeto absoluto es posible concluir que todas las vidas humanas son dignas, que ninguna es dispensable o indigna de ser vivida.

Se entiende por eutanasia activa, la sedación terminal con la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda e irreversible de la conciencia cuando la muerte del paciente es previsible e inalcanzable con otras medidas, con el fin de acortar su vida.

A través de la eutanasia pasiva, se deja que las personas mueran en situación de enfermedad terminal sin que se tomen medidas excepcionales de "soporte vital" que ofrecerían una esperanza de salvar la vida cuando no existe otra posibilidad de supervivencia.

Estas definiciones resaltan la intención del acto médico, es decir, el querer provocar

voluntariamente la muerte del paciente. La eutanasia médica se realiza por acción directa : proporcionando una inyección letal o mediante la sedación terminal del enfermo; e indirecta : no proporcionando el "tratamiento vital" para su subsistencia. En ambos casos, la finalidad es la misma : acabar con una vida enferma.

Si se generaliza este concepto a otros enfermos, la eutanasia sustituirá la Medicina.

No es posible que exista la Medicina si el paciente en vez de tener confianza en su médico hasta poner su vida, salud e integridad física en sus manos, llega a tenerle miedo porque no sabe si el profesional de la Medicina o la enfermera que se ocupan de su salud van a decidir que su caso es digno de curación o susceptible de eutanasia. La verdadera muerte digna es ayudar a vivir por compasión.

La vida, siendo un valor fundamental no es el valor supremo. Lo que es el valor absoluto es la dignidad de la persona. Mantener el "soporte vital" no va contra la misma, se puede evitar la agonía del enfermo, es un acto de suprema generosidad hacia la persona moribunda. El rechazo del sufrimiento es justo y no censurable, esta idea es especialmente patente en la agonía que precede a la muerte. Pero no se puede convertir la ausencia de dolor en el criterio preferente para legitimar homicidios - bajo el nombre de eutanasia- , porque el ser humano es acreedor de que se le respete la vida.

La suspensión de las medidas de "tratamiento vital", y el estado de sedación terminal, tienen la finalidad de causar deliberada y subrepticamente la muerte. Los médicos hacen pura demagogia al llamar - encarnizamiento terapéutico - a que no puedan acabar con la vida del paciente, y engañan de mala fe pretendiendo que se caiga en el error de aceptar la - eutanasia pasiva y activa-, cuando la verdad es que ambos males ya están prohibidos y castigados por las leyes.

La distanasia u obstinación terapéutica.

La "distanasia" (del griego "dis", mal, algo mal hecho ...) es etimológicamente lo contrario de la eutanasia, y consiste en retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, por todos los medios, proporcionados o no, aunque no haya esperanza alguna de curación y eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece, y que, obviamente no lograrán esquivar la muerte inevitable, sino sólo aplazarla unas horas o unos días en unas condiciones lamentables para el enfermo. La distanasia también se llama "ensañamiento" y "encarnizamiento terapéutico", entre otras acepciones, aunque sería más preciso denominarla "obstinación terapéutica".

La "obstinación terapéutica" es la aplicación de intervenciones quirúrgicas y/o medidas de resucitación u otros procedimientos no habituales a enfermos terminales cuyo fallecimiento por inminente y/o consumado se retarda por todos los medios. Y no es esta la cuestión de la que se trata mientras existan constantes vitales con expectativa de vida, a cuyos enfermos se les tiene que socorrer debidamente, porque la obligación del profesional de la salud es preservar su vida, respetando el privilegio terapéutico en situaciones de urgencia vital.

Se ha de eludir la "distanasia", si en los enfermos terminales con lesiones cerebrales u otras dolencias, a los que siempre se deben mantener las medidas de sostén o prestaciones debidas de "tratamiento vital" en situación crítica de necesidad concurrente para aliviar los sufrimientos del moribundo y moralmente conforme a la dignidad humana, se aplicarían tratamientos extraordinarios o desproporcionados de cirugía, reanimación cardíaca (que se utilizan habitualmente en estados críticos y que incluirían un sistema de traqueotomía, una aparato desfibrilador así como aplicar los electrodos del electrocardiógrafo, inyección de adrenalina y localizar una vía intravenosa, conexión de la máquina de respiración asistida u equipo de oxígeno, etc ...) u otros métodos lesivos. Si desde el punto de vista ético, ya con el fin de no prolongar su agonía, porque existe la condición previa de que la muerte no es deseada ni como fin ni como medio sino solamente un hecho previsto y tolerado como

inevitable cuando cursa sin actividad electroencefalográfica ni contracción cardíaca y habiéndose hecho lo posible por el enfermo, se opta por no practicar de nuevo su resucitación por medios artificiales y/o mecánicos, porque no existirían esperanzas de salvar su vida, después de certificar su "muerte clínica" observada y declarada por un médico, y de haber firmado el enfermo una declaración de voluntades anticipadas.

De todos modos, antes de llegar el caso y siempre respetando los requerimientos de asistencia espiritual por su alma y por voluntad propia del paciente la administración de la "unción de los enfermos" con aceite consagrado que se usa en la administración de los sacramentos, el crisma; consciente de sus actos, o aun cuando no esté capacitado para firmar según los cánones establecidos, pero todavía conserve sus facultades mentales y se pueda comunicar, con el fin de evitar la distanasia, el "testamento vital" según los cánones eclesiásticos, es el único lícito, ética y moralmente, y puede ser firmado ante testigos por los familiares más allegados, como interlocutores válidos ante la ley y por orden de autorización del enfermo.

So capa de rechazar el "empecinamiento terapéutico" sin expectativa ninguna de mejoría, lo que se patrocina en realidad por parte de los médicos que apoyan la eutanasia pasiva y activa, es el acto de dar muerte a otro (por acción u omisión), como si eso mereciese la misma consideración que la de hacer lo posible por el moribundo para que pueda vivir lo más dignamente posible su propia muerte cuando esta llegue, y acto seguido abstenerse de prolongar su existencia precaria.

El "encarnizamiento terapéutico" se entiende en un contexto ajeno al que se refieren los médicos que practican la eutanasia u homicidio terapéutico, porque no pueden acabar con la vida de sus pacientes, ni aun cuando ellos o sus familiares lo soliciten.

Cap. I. La jurisprudencia médica y legal.

El médico debe procurar salvar la vida del enfermo en grave estado, y si no hiciera todo lo posible, infringiría el principio de justicia. Según se ha dicho antes de la dignidad de la persona y, por lo mismo, no se puede atentar contra ella por ningún motivo.

Uno de los principios generales del Derecho según el cual todo ser humano debe ser respetado y su dignidad protegida y amparada por los demás – incluido el Estado –, es el principio de justicia, una expresión del sentido ético básico de la humanidad, fundamento elemental de todas las leyes, y de la propia convivencia social. Este principio elemental de la ética social y de la conducta común implica que prevalece la justicia sobre la autonomía del individuo, de forma que no existe un derecho a quitar la vida. Sin el principio de justicia no tendrían justificación alguna ni el Derecho ni los Tribunales.

Considerar delito el no prestar socorro a quien se encuentra en peligro para su vida o su integridad física es una manifestación de solidaridad social y humana, y se basa precisamente en que toda persona tiene derecho a que los demás le ayuden cuando está en peligro. La existencia de este delito, y la exigibilidad ética de esta conducta de ayuda a quien está en peligro, acreditan que nadie puede hacer daño a otro.

La tutela de la vida humana es un deber político que no puede relegarse a la moral particular o privada de cada uno.

La vida física es un bien universal que no puede ser amenazado por ninguna circunstancia.

Es un deber del Estado proteger a todos los que pueden verse privados del derecho fundamental a la vida especialmente ante la vulnerabilidad que comporta la enfermedad.

Una sociedad en la que la eutanasia es delito transmite el mensaje de que toda vida tiene valor, que el enfermo terminal puede tener la tranquilidad de que los médicos y sus familiares

se empeñan en apoyar su vida en las mejores condiciones. Por el contrario, una sociedad en que la eutanasia no se persigue ni se castiga por los poderes públicos, está diciendo a sus miembros por vía de abstenerse, que no importa gran cosa que sean eliminados si ya no se les ve futuro o utilidad.

La vida humana no pierde su valor sagrado ante la enfermedad ni ante la proximidad de la muerte. Autorizar la eutanasia – se ha dicho con mucha verdad – es tanto como reconocer que hay vidas que no valen la pena, es transmitir el mensaje de que en nuestras sociedades hay ciudadanos que por sus circunstancias es mejor que no existan.

Los Gobiernos deben mantener “la prohibición absoluta de poner fin intencionadamente a la vida de los enfermos irrecuperables y de los moribundos”. Legalizada la eutanasia, se abrirían las puertas a prácticas de genocidio, pues la compasión podría ser utilizada como disculpa para justificar la eliminación de los débiles y los terminales.

La Organización Mundial de la Salud - O.M.S. (Ginebra, 1990), considera que : “con el desarrollo de métodos modernos de tratamiento paliativo, debieran concentrarse los esfuerzos en la implementación de programas, antes que ceder ante las presiones a la eutanasia”.

Por el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (Londres 1949 - Sydney 1968 - Venecia 1983), afirma que : “el médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida”; y declara que: “la eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, es contraria a la ética” (Madrid, 1987).

Por el Convenio Europeo de Derechos Humanos. A saber: el derecho a la vida, la prohibición de recibir un trato inhumano y degradante, el derecho a la libertad y la prohibición de sufrir discriminación. La muerte no puede ser inflingida intencionalmente a nadie (Art. 2) por respeto a la vida humana y su carácter sagrado en la profesión médica. De este modo, se definen el Art. 15 y 17.1 de la Constitución Española.

El Tribunal Europeo de los Derechos Humanos rechaza legitimar la demanda de suicidio asistido por parte de enfermos graves o terminales. La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su recomendación 1418, aprobada el 25 de junio de 1999, recuerda que : “la eutanasia, contraviene el art. 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos que afirma que la muerte no puede ser inflingida intencionalmente a nadie”. Por:

A) El derecho a la vida y la prohibición de recibir tratos inhumanos y degradantes.

El derecho al tratamiento vital. El art. 15 de la Constitución Española (C.E.) es uno de los más significativos en el tema que nos ocupa. Declara que “... todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes ...” .Es evidente que la vida es el presupuesto y condición del ejercicio y disfrute de todos los demás derechos de que pueda ser acreedor el ser humano, lo que justifica la especial protección de que goza aquélla por el conjunto del ordenamiento jurídico. Por tanto, no habrá que insistir en que su ámbito de protección alcanza sin restricción o distinción alguna a todos los individuos, en particular a los que se encuentran en una situación vivencial crítica o disminuida, como los enfermos incurables o terminales. Existe un derecho constitucional, cuyas consecuencias para la ilicitud de la eutanasia, y el mantenimiento del tratamiento vital por motivos éticos y morales, religiosos, de conciencia u otros personales son directas. El asunto por su importancia, requiere acudir al conjunto del texto constitucional para obtener la respuesta. Cabe afirmar que del art. 15, dado el carácter eminentemente garantista del precepto, no faculta la intervención de terceros en la vida ajena. Los preceptos de nuestro ordenamiento judicial prohíben y castigan la participación de una persona en la muerte de otra. Sería contrario al respeto de la dignidad humana no continuar o interrumpir el tratamiento: esta conducta contraria a la vida constituye una eutanasia. La actuación médica, ajustada a la Lex Artis cuya finalidad es impedir la

muerte de los recurrentes, es objetivamente reconocible en el hecho de que el tratamiento necesario para el organismo es adecuado para mantener la vida.

La jurisprudencia que emana del Tribunal Supremo indica que la obligación del médico y el personal sanitario es proporcionar a los enfermos los cuidados necesarios según el estado de la Ciencia y la *lex artis ad hoc*.

Lo que en términos del Código Penal sería intervenir amparado por el derecho en virtud del estado de necesidad concurrente.

Se entiende por sí mismo que los extremadamente complicados problemas del dolo, tanto en sus fundamentos como en los detalles, planteados por el presente contexto, en apreciación de que actuado con dolo eventual en relación al desenlace mortal es de esperar. Con el argumento de que dolo de poner en peligro la vida y dolo de ocasionar la muerte es plenamente consecuente de forma metódicamente fiable, en esa medida el dolo eventual de causar la muerte, es plantear exigencias de contenido más estrictas que el dolo de poner en peligro la vida.

Desde los poderes públicos so pena del mal que padece nuestra sociedad, se propicia la doble moral de castigar el delito pero no al criminal, para a la fin y a la postre no aplicar la Ley, existen indicios de dicho delito en el Art. 10, 142, 143, 149, 196 y 390 del Código Penal, con el objeto de que puedan actuar de oficio por ser de materia penal y tomar las medidas necesarias contra los facultativos y enfermeras con el fin de depurar responsabilidades criminales.

Art. 10. Son delitos o faltas las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la ley.

Imprudencia médica.

Art. 142.3. Cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de tres a seis años.

(...)

Art. 149. El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido,..., o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años (penas que se aplican cuando el delito se comete con dolo).

Omisión del deber de socorro sanitario.

Art. 196. El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, ...

(...)

Como dice la Ley General de Sanidad - L.G.S.- (14/1986 de 25 de Abril - Art. 10.6.c.) : Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento. Según la L.G.S.- Art. 34, las infracciones se califican atendiendo a los criterios de riesgo para la salud, grado de intencionalidad, gravedad de la alteración sanitaria y social producida ... En su Art. 35.C.2., se consideraran infracciones muy graves, las que se realicen de forma consciente y deliberada siempre que se produzca un daño grave. El Art. 35.C.3. las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves, o haya servido para facilitar o encubrir su comisión. Y Art. 35.C.7. las que en razón de su grado de

conurrencia, merezcan calificación de muy graves.

La doctrina de la pérdida de oportunidad considera que basta con cierta probabilidad de que la intervención médica hubiese podido evitar el daño - aunque no se pueda afirmar con certeza - para que proceda ser considerada probada la existencia de una defectuosa prestación - si no omisión - de la asistencia sanitaria por parte de la Administración.

Por no respetar el privilegio terapéutico en situación de urgencia vital, se trata de un caso de *res ipsa loquitur*: "La cosa habla por sí misma" (latín literal). Concepto legal importante en muchos casos de culpa o negligencia. Describe una situación en la cual se produjo el daño cuando los médicos eran los únicos responsables, y la falta no se hubiera producido si se hubiera puesto mayor celo, con la concurrencia de determinados requisitos unos de carácter fáctico, - acción u omisión determinante del evento dañoso, y el propio daño acaecido - y otros de índole jurídica - culpa o negligencia atribuible al causante y la relación de causalidad entre el daño y la falta, siendo de destacar, que la calificación como culposa o negligente exige la posibilidad de previsión de que el resultado podía originarse por acción u omisión - de aquella diligencia que exige la naturaleza de la obligación y corresponde a las circunstancias de personas, tiempo y lugar.

B) El derecho a la libertad y la prohibición de sufrir discriminación.

El derecho a la autodeterminación del paciente. La C.E. proclama que nadie puede ser privado de libertad (Art. 17.1), sino con la observancia de lo que ella establece y en los casos y en la forma previstos en la ley. En virtud de ello, la protección de la salud, por razones de urgencia o necesidad permite que las autoridades sanitarias competentes puedan adoptar medidas de tratamiento, sin que suponga una conculcación de derechos constitucionales. A estos motivos responde la excepción que establece la L.G.S. - Art. 10.6.a., sobre la necesidad de "Consentimiento Informado". Por tanto, sin ejercer "Testamento Vital" (dar consentimiento por escrito para procedimientos menos habituales con enfermos en situaciones especiales, según la "Carta de Derechos y Responsabilidades" del paciente), el derecho a la autodeterminación del enfermo (L.G.S.- Art. 10.9), es obligación de los médicos por la L.G.S. - Art. 10.6.c., y de la dirección del correspondiente centro sanitario por la L.G.S. - Art. 10.6.a., aplicar el "tratamiento vital" por razón de urgencia o necesidad concurrente. Y en cualquier caso, si la "Comisión de Ética Asistencial" del Hospital, decidiera la interrupción de procedimientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados, que puede ser legítima, en razón del rechazo de métodos invasivos o lesivos de "encarnizamiento terapéutico", como así fuere por ejemplo de plantear nuevas operaciones quirúrgicas sin expectativas de mejor curación, es decir, que no se quiere dar la muerte; se acepta el hecho de no poderla impedir, dígase "testamento vital" según los supuestos contemplados. La decisión final la debe tomar el paciente, si se encuentra en situación y con capacidad de hacerlo, y en su defecto, tal como expresa la L.G.S. - Art. 10.6.b., la familia (por orden de autorización), o sino, los que la ley señale, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del enfermo.

El derecho a la libertad ambulatoria. Llegados a este punto, lo más razonable pues, es que si las autoridades sanitarias y los profesionales de la Medicina deciden negarse a aplicar el "tratamiento vital", intervenga la autoridad judicial, porque al paciente y/o la familia les ampara el derecho de exigir cuidados asistenciales por contra de una decisión facultativa contraria a la ley, o así lo decidieran los enfermos por sus creencias religiosas o cristianas, según la L.G.S. - Art. 11.4., la dirección del correspondiente centro sanitario a propuesta del facultativo encargado del caso, debe dar el "alta ambulatoria", con el fin de trasladar al paciente a una entidad hospitalaria de cuidados paliativos para enfermos terminales. Este último, sería también un derecho de la persona a decidir sobre el "tratamiento vital" por razones éticas y morales, de obligado cumplimiento por la L.G.S.- Art. 10.1., y que garantizaría por razón de la L.G.S. - Art. 6.4. la asistencia sanitaria.

El derecho a la información. No hay que olvidar que el derecho a la información se justifica en

sí mismo y tiene carácter autónomo, pudiendo estar desvinculado de cualquier acto de voluntad por parte del paciente. La L.G.S. lo asume en el Art. 10.5, se extiende a todo lo relativo a la enfermedad, e incluye a los familiares en el deber de ser informados. Sujetos a tal deber son todos los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su rango o función, en consecuencia, no sólo los médicos, sino también las enfermeras . Pues implica el derecho de los familiares a conocer el estado, proceso, e información terapéutica sobre el enfermo.

La Ley General de Sanidad (Art. 10) legitima la Carta de Derechos y Deberes del paciente que hizo pública el Dept. de Sanidad de la Generalitat de Catalunya en 1984, y que obliga a los profesionales de la salud a solicitar consentimiento informado del enfermo en situaciones especiales o de los familiares por orden de autorización (ver Texto A).

La Ley 15/1990, de 9 de Julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña, en su Título 2 del Servicio Catalán de la Salud, Art. 6.1.f. son finalidades : la humanización de los servicios sanitarios, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual. ; Art.6.2.b. : garantizar la salud como derecho inalienable de la población catalana y el acceso a curarse, que se ha de ofrecer en condiciones de un escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual, sin ningún tipo de discriminación por razones de raza, sexo, religión, opinión, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social; y Art. 6.2.c. : que todos los establecimientos sanitarios dispongan de la información pertinente sobre los derechos y deberes que asisten a los usuarios.

La Orden de 18 de Noviembre de 1985, por la que se regula la estructura orgánica de dirección, gestión y administración de las instituciones hospitalarias de la Seguridad Social en Cataluña, modificada parcialmente por las órdenes de 16 de julio de 1987, 16 de mayo de 1990 y 31 de marzo de 1992, en su Art. 3.1.: el Director Gerente será la máxima autoridad del hospital, al que quedará adscrita la Unidad de Atención al Usuario; Art. 5.1. y 6. 1: y le serán subordinados jerárquicamente el Director Médico, y de Enfermería; Art. 5.2.b. y 6.2.b.: que deben llevar a cabo el seguimiento de las actividades de los diferentes servicios o unidades, evaluando su nivel de calidad y proponiendo las medidas necesarias para su mejora; Art. 11.1 y 11.2.b.: la Unidad de Atención del Usuario, es el órgano responsable de la atención personal del paciente y de sus familiares o representantes, y debe velar por el correcto cumplimiento y aplicación de la "Carta de Derechos y Deberes" del enfermo; Art. 14.1. y 14.2.c.: el Jefe de Servicio quedará subordinado al Director Médico y entre sus funciones está el cumplimiento de los objetivos asistenciales asignados al Servicio.

El Código Deontológico del Consejo de Colegios Médicos en Cataluña indica que el deber médico fundamental es ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias (Cap. VII - Art. 57), contiene el derecho de toda persona a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte y el deber médico fundamental es ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y con aquello que haya dado sentido a su vida. Cuando el estado del enfermo no le permita tomar decisiones, el médico aceptará la de las personas vinculadas responsables del paciente.

La OMC (Organización Médica Colegial) en España indica que la eutanasia no es aceptable desde el punto de vista ético, porque el médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible, y no acepta la provocación intencionada de la muerte porque la eutanasia está vetada y el código español está en sintonía con el de todos los países de la Unión Europea, donde el Código de Ética no lo aprueba, a pesar de la ley aprobada por los Tribunales en Holanda y Bélgica que plantea un grave problema de ética profesional, porque viola la dignidad de la persona y es contraria a la conciencia, ya que va contra la Declaración de Ginebra de 1948, suscrita por la Asociación Médica Mundial, así como contra los principios de ética médica europea, respaldados por el Vaticano y doce países de la Unión Europea en la Conferencia de los Colegios Profesionales de Médicos, y porque la obligación del profesional de la salud es preservar la vida.

En esta línea, la aprobación de una Declaración de Voluntades Anticipadas por el Comité para

la Defensa de la Vida presidido por el Cardenal "Narcís Jubany Arnau" de la Conferencia Episcopal Española en 1993 es el único testamento vital lícito desde el punto de vista ético y moral (ver Texto B).

Si por "Testamento Vital" o Declaración de Voluntades Anticipadas del paciente, se entiende el mandato hecho a una persona para que acabe con la propia vida en caso de estar gravemente enfermo, impedido o con fuertes dolores, tal testamento es nulo y totalmente ineficaz, porque nadie puede obligar a otro a matarlo ni por acción ni por omisión.

En cambio, si por "Testamento Vital" se entiende la expresión de la voluntad anticipada de una persona de renunciar a que le sean aplicadas operaciones de cirugía u otros protocolos clínico-quirúrgicos y/o de resucitación cardio-pulmonar para alargarle artificial o mecánicamente la agonía después de certificada su muerte clínica cuando ya no sea posible salvarle la vida. Este sería el modo de entender, cuando el fin es evitar la "obstinación terapéutica", que no es el caso cuando se interrumpe el tratamiento en situación de urgencia vital para provocar el fallecimiento del enfermo, puesto que ello supondría una eutanasia. Tal testamento es válido jurídica y éticamente, y no implicaría una eutanasia médica, porque se ajusta a la definición de ortotanasia en Medicina Legal, por el derecho de la persona moribunda a seguir con vida con los menos dolores y sufrimientos posibles hasta llegar el trance de la muerte y para con posterioridad no prolongar su agonía.

El Comité para la defensa de la vida de la Conferencia Episcopal Española, ya en el año 1993 bajo la Presidencia del Cardenal Narcís Jubany Arnau emitió un documento que contiene 100 cuestiones doctrinales contra la despenalización de la eutanasia porque es un crimen contra la vida humana y su dignidad, y del que se hacen corresponsables por acción u omisión todos los que colaboran o participan en la realización de este acto homicida.

Como ejemplo concreto de "Declaración de Voluntades Anticipadas" perfectamente admisible, está el que la Conferencia Episcopal Española ha aprobado y propuesto a los cristianos en su epígrafe 88.

La Doctrina de la Iglesia Católica, es la que ha quedado expuesta en el Documento emitido por el Comité para la Defensa de la Vida (14 de febrero de 1993). Podemos resumirla en forma de Decálogo (según extracto del epígrafe núm. 94).

Jamás es lícito matar a un paciente, ni siquiera para no verle sufrir o no hacerle sufrir, aunque él lo pidiera expresamente. Ni los médicos, ni el personal sanitario, tienen la facultad de decidir o provocar la muerte de una persona.

No es lícita la acción que por su naturaleza provoca directa o intencionalmente la muerte del paciente.

No es lícito omitir una prestación debida a un paciente, sin la cual va irremisiblemente a la muerte; los cuidados vitales, alimentación por tubo y remedios terapéuticos normales debidos a todo paciente, aunque sufra un mal incurable o esté en fase terminal o aun en coma irreversible.

Es ilícito rehusar o renunciar a cuidados y tratamientos posibles y disponibles, cuando se sabe que resultan eficaces, aunque sea sólo parcialmente. En concreto, no se ha de omitir el tratamiento a enfermos en coma, si existe alguna esperanza de posible recuperación. En todo caso, siempre se han de mantener las medidas de sostenimiento.

No existe la obligación de someter al paciente terminal a nuevas operaciones quirúrgicas, cuando no se tiene la fundada convicción de hacerle más llevadera su vida.

Es lícito suministrar narcóticos y analgésicos que alivien el dolor, aunque atenúen la conciencia. Siempre que el fin de la acción sea calmar el dolor y no provocar

subrepticamente un acortamiento sustancial de la vida; en este caso, la moralidad de la acción depende de la intención con que se haga y de que exista una debida proporción entre lo que se logra (la disminución del dolor) y el efecto negativo para la salud.

No es lícito dejar de aplicar tratamientos cuando el cerebro del paciente conserva ciertas funciones vitales, si esa omisión provocase la muerte.

Las personas minusválidas tienen los mismos derechos que las demás personas, concretamente en lo que se refiere a la recepción de tratamientos terapéuticos.

El Estado no puede atribuirse el derecho de legalizar la eutanasia, pues la vida del inocente es un bien que supera el poder de disposición tanto del individuo como del Estado.

La eutanasia es un crimen contra la vida humana y contra la ley divina, del que se hacen corresponsables todos los que intervienen en la decisión y ejecución del acto homicida.

Entre los diversos principios básicos legislativos se encuentran entre otros, el derecho a la vida y a la protección del más débil, principios no solo de aplicación a la profesión médica sino a todo comportamiento o actitud dentro de nuestra sociedad. De ellos se derivan el derecho a la información, la obligación de prestar ayuda, entre otros, y por supuesto el derecho a tomar decisiones que afecten a la propia vida.

Cláusula de objeción de conciencia en el ejercicio profesional.

El 19 de octubre del 2002 se celebraron en el Hospital General de Catalunya las III Jornadas de Objeción de Conciencia en el ejercicio profesional patrocinadas por la Asociación MCC - "Metges Cristians de Catalunya", cuyo Presidente ejecutivo es el Dr. Josep Maria Simón Castellví, con la participación del entonces Cardenal Arzobispo de Barcelona, Ricard Maria Carles, y de otras destacadas personalidades, y con la asistencia de profesionales de todos los ámbitos se ha constituido un frente común con el objetivo de defender la vida.

Por objeción de conciencia en sentido amplio, se entiende la resistencia que la conciencia opone, por fidelidad a sus propias convicciones morales, a una orden que la autoridad le imparte. Objetores de conciencia han existido siempre, sobre todo en un sentido amplio de resistencia a la autoridad. Es un hecho que, en una sociedad cada vez más plural, desde el punto de vista ético se producen situaciones de conflicto entre lo que prescriben u ordenan las empresas o instituciones, y lo que los profesionales deciden hacer en conciencia.

La objeción de conciencia es una manifestación del derecho humano a la libertad ideológica y religiosa. Por ello, ante el ejercicio de un derecho humano en que, en muchas ocasiones, su ejercicio se convierte en un deber. Muchos códigos deontológicos reconocen el derecho de los profesionales en diversos ámbitos a resistir a la presión a realizar una acción en contra de las propias convicciones. El reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia ofrece una cierta garantía de libertad y de responsabilidad moral en la actuación profesional.

La objeción de conciencia es el último reducto de defensa de la conciencia del profesional cuando, a pesar de las objeciones meramente técnicas, y de su posible sustitución por un colega, es presionado para hacer algo que, en conciencia, no puede admitir como bueno. El objetor siente hacia los actos que rechaza en conciencia una repugnancia moral profunda, hasta el punto de que someterse a lo que se le pide equivaldría a traicionar su propia identidad.

Todo ciudadano tiene obligación en conciencia de no seguir aquellas prescripciones cuando sean gravemente contrarias a las exigencias de orden moral, a los derechos fundamentales de la persona que repugnen claramente sus convicciones religiosas e ideológicas más profundas. Es, en definitiva, una apuesta por la libertad, un principio básico en ética general sin el cual no puede existir vida moral. Más aún no hay responsabilidad personal sin tal

libertad interior. Por esta razón, desde numerosas organizaciones en defensa de las libertades profesionales se recalca que es antideontológica toda acción que pretenda disminuir la libertad de los profesionales a oponerse a lo que repugna a sus convicciones. Por ello, los poderes públicos o privados deben atender equitativamente a quienes hacen uso de tal cláusula.

Una sola causa tienen los hombres para no obedecer y es cuando se les pide algo que repugne abiertamente el derecho natural o divino; pues en todas aquellas cosas en que se viole la ley natural o la voluntad de Dios tan malo es mandarlas como hacerlas (León XIII, Enc. Diuturnum, 29/6/1881).

Según señala el Papa Juan Pablo II en la Encíclica *Evangelium Vitae*, "la eutanasia es un crimen que ninguna ley humana puede pretender legitimar. Una ley de este tipo no sólo no crea ninguna obligación de conciencia, sino que, por el contrario, establece una grave y precisa obligación de oponerse a ella mediante la objeción de conciencia".

El Pontífice utilizó estas mismas palabras en el último Congreso de la Federación Internacional de Médicos Católicos (FIAMC). Juan Pablo II se refería a la situación mundial del personal sanitario: "En algunos países, los agentes sanitarios católicos tienen que afrontar hoy el dilema de abandonar su profesión, pues el sistema sanitario les obliga a practicar eutanasias u otras prácticas contra la vida humana, violando así sus convicciones más fundamentales. Ante esta tensión, tenemos que recordar que hay una vía intermedia que se abre a los agentes sanitarios católicos fieles a su conciencia. Es la vía de la objeción de conciencia, que debería ser respetada por todos, especialmente los legisladores".

Según un acuerdo firmado por la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España respecto a la objeción de conciencia "es lógico que, en la medida en que se multiplica y se hace más explícito el pluralismo ético de nuestra sociedad, crezca el número de episodios en que el médico presente objeción de conciencia, es decir, se produzcan situaciones de conflicto entre, por un lado, lo que prescriben las leyes, ordenan los gestores sanitarios o desean los pacientes y, por otro, lo que los médicos pueden hacer en conciencia".

La objeción de conciencia médica se entiende como la negativa del profesional sanitario a realizar, por motivos éticos y religiosos, determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad; tal postura es una acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes, y se refieren a cuestiones graves y fundamentales. Como dice el art. 18 de la Guía de Ética Médica Europea, y el Código de Ética y Deontología Médica Español.

La objeción de conciencia, que se refiere al rechazo de ciertas acciones, nada tiene que ver con el rechazo de las personas. El médico objetor, aún absteniéndose de practicar el acto objetado, está, sin embargo, obligado, en especial en caso de urgencia, a prestar cualquier otra atención médica, antecedente o subsiguiente, a la persona que se somete a la intervención objetada.

Elaborado por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, el texto de la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España hace referencia a que "no son muchos los puntos de referencia deontológicos y jurídicos sobre la objeción de conciencia. El Código de Ética y Deontología Médica vigente no la soslaya, pero la trata de modo incompleto. Por su parte, ninguna de las normas legales específicas sobre materias objetables o leyes vigentes incluyen referencia alguna a la objeción de conciencia del médico".

La sentencia de Tribunal Constitucional Español de 11 de abril de 1985 en respuesta al recurso de inconstitucionalidad planteado a la Ley Orgánica de reforma del art. 41.7 bis del anterior Código Penal, declara, entre otras cosas, que tal objeción de conciencia existe por sí

misma, esto es, que no necesita ser regulada, pues forma parte del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida por el art. 16.1 entre otros de la Constitución Española. Su ejercicio, añade la jurisprudencia constitucional en España, es de aplicación directa, por cuanto se trata de uno de los derechos fundamentales.

Cap. II. La investigación clínica y policial.

Considerar delito la eutanasia es una cuestión de solidaridad social, pero el mensaje que se está dirigiendo a la opinión pública y a la ciudadanía bajo el eufemismo de la compasión que propugnan sus defensores es que no vale la pena luchar por la vida de los enfermos terminales, al fin y al cabo que por razones socio-económicas es un gasto innecesario y que ya no tiene sentido invertir en una vida inútil más recursos sanitarios.

Los médicos acaban realizando por considerar que todo les está permitido, una muerte por compasión, según el eufemismo de quienes propugnan la eutanasia, por razones socio-económicas. Es un concepto de economía sanitaria que atenta contra el valor sagrado de la vida humana en la profesión médica.

En realidad, los médicos razonan que la vida de un paciente capaz de decidir pero tan carente de calidad, tiene tan alto coste, que no es digna de ser vivida. Es muy fácil expropiar el derecho a la libertad de seguir con vida, un recurso sencillo que ahorra tiempo y dinero, y para los gestores sanitarios una intervención de óptimo cociente coste/eficacia.

Se suspenden las medidas de "soporte vital" porque no producen más que esfuerzo terapéutico, y así deciden que muera el paciente. En realidad, consideran que se trata de una vida inútil y sin sentido, y que no interesa, porque se trata de un despilfarro conspicuo de recursos sanitarios mantener al enfermo con vida hasta que la misma naturaleza de su enfermedad y la propia evolución de su lesión le lleven a la expiración si se respetan las prestaciones debidas de asistencia sanitaria.

El Dr. Gillian Craig en la investigación que realizó la policía británica de 50 muertes por eutanasia en el Reino Unido, por la que varios hospitales fueron acusados de retirar el suero intravenoso a los pacientes, mientras estaban sedados y de causarles un estado de coma inducido (ver Nota 1), su muerte se debió por deshidratación, afirma que sedar a un paciente y deshidratarlo equivale a eutanasia. El suero intravenoso, agua y alimentos, constituyen una necesidad básica y no pueden ser considerados como un tratamiento que los médicos pueden conceder o detener a su antojo (Ver Diario "El Mundo"- 07.01.1999).

Las investigaciones apuntan según los indicios a síntomas de cianosis, se produce la muerte por retirar el equipo de ventilación asistida al ser insuficiente la toma de gases medicinales de oxígeno en estado de sedación y deficiente el suministro de alimentación por tubo, suero intravenoso y agua.

El paciente conserva orientación y conciencia, se encuentra lejos de muerte cerebral y con la orden médica de desconexión dolosa de la respiración asistida, sedación terminal, retirada del suero intravenoso, privación de alimentos y agua, suspensión de las pruebas clínicas (análisis de sangre, RXs, EEGs, TACs, ...) y de los cuidados ordinarios de higiene y aseo general, y de no intentar de nuevo medidas de reanimación cardíaca y pulmonar.

Un componente de la personalidad psicópata se manifiesta en este comportamiento individual y colectivo del personal facultativo y de enfermería de los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) por su falta de compasión, con frialdad y sin escrúpulos.

Los médicos y enfermeras pierden el juicio y el sentido común, actúan de modo irracional y se convierten en psicópatas cuando se creen con el poder de decidir entre la vida y la muerte, adoptan esta conducta como habitual sin ninguna objeción de conciencia, y transforman esta práctica en decisión médica sin tener en cuenta la voluntad de la persona, ni la dignidad del

ser humano, porque por el conflicto de intereses que suscita la economía de mercado en la sociedad sanitaria, no se puede desdeñar el principal motivo de logro de la Medicina Moderna que es la salud del paciente y la vida del enfermo.

Estudio de casos.

En la Gráfica horaria los últimos días arrojan el peor balance relativo a las Entradas (Aporte hídrico, H₂O + Dieta enteral, Jevity) y Salidas (Diuresis, Orina + Retención gástrica, Vómitos), constatando que son los valores más desfavorables desde el ingreso en la R.P.Q. (Reanimación Post-Quirúrgica) o en la U.C.I. (Unidad de Cuidados Intensivos).

Lo cual demuestra que los bajos aportes hídricos de H₂O que constan en la Gráfica horaria correspondientes a los últimos días constatan la intención de causar la muerte no solo mediante la orden de desconexión definitiva, prohibiendo la reanimación, junto al coma inducido por sedación, sino también a través de la deshidratación simultánea del paciente, y la disminución gradual de la dieta enteral (Jevity), sin otras entradas (como sería suero medicofisiológico, glucosalino, etc...) que compensarían el déficit de estos valores de H₂O y Jevity.

La deshidratación es la pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales, particularmente el Sodio (Na), Potasio (K) y el Cloro (Cl). Se produce después de periodos de fiebre, vómitos o retención gástrica, acidosis, y cuando no se restablece el volumen normal de líquidos corporales.

Entre los signos de deshidratación destaca la oliguria, trastorno que aparece cuando se produce una rápida depleción de los líquidos corporales, y que implica una disminución de la capacidad de formación y eliminación de orina de forma que los productos finales del metabolismo no pueden ser excretados eficientemente, llevando finalmente a la anuria, que es la incapacidad para orinar, o la supresión de la producción de orina, o excreción urinaria menor de 100 a 250 ml./día, como se confirma en la gráfica horaria en el estado de la diuresis. La anuria está producida por insuficiencia o disfunción renal por deshidratación y oliguria, por hipotensión y disminución de la presión arterial por debajo de la necesaria para mantener la presión de filtración glomerular renal, cuya actividad también queda limitada a causa del estado de sedación, que a razón de la dosis de opiáceos concomitante a la desconexión de la máquina de respiración asistida provoca un coma inducido.

En la insuficiencia renal aguda por oliguria e hipotensión, atribuible a deshidratación y sedación, se produce una rápida disminución de la excreción urinaria que conduce finalmente a la anuria y uremia.

En la anuria se produce uremia a medida que la cantidad de productos de desecho y de potasio de la circulación aumenta como consecuencia de que los riñones no pueden eliminarlos, situación que produce acidosis. La fiebre, los traumatismos y la infección, a la que es especialmente sensible el enfermo urémico, tienden a provocar un rápido catabolismo de los tejidos orgánicos, que aumenta aun más la concentración sérica de potasio.

Entre los signos de hiperpotasemia figuran la extrema debilidad muscular, como confirma la depleción de la función respiratoria, por la dificultad en capacitar los músculos torácicos, que responde a la desconexión, deshidratación y sedación, que desembocan en coma neurológico, y arritmias cardíacas, que producen un paro cardio-pulmonar.

Con un aporte hídrico (H₂O) y dieta enteral (Jevity) deficitarios sin otras entradas, y sin deposiciones, y después de los niveles de diuresis (Orina) con retención gástrica (Vómitos), con hipoxia, oliguria e hipotensión previos al inicio de la braquicardia, empeora el estado de anoxia, deshidratación y desnutrición del enfermo, antes de su muerte por insuficiencia respiratoria (ver Notas 2, 3 y 4) y problemas hemodinámicos de origen cardíaco.

En el tratamiento de la anuria figura restablecer el volumen normal de líquidos, la administración de medicamentos para aumentar la excreción renal de potasio, la diálisis, el control cuidadoso de la química sanguínea y del equilibrio electrolítico, que tampoco se efectúan para causar la muerte y deberían administrarse.

Conclusión.

La Medicina Moderna tiene la necesidad de valorar si se vulnera o pone en peligro su objetivo primordial: la salud del paciente y la vida del enfermo.

Una reflexión es especialmente importante cuando se trata de la eutanasia, que plantea la necesidad de crear instancias capaces de impedir estas prácticas médicas con independencia de la Comisión de Ética Asistencial que solo es un órgano consultivo, y con el fin de contrastar los aspectos sanitarios, sociales, éticos y jurídicos de los protocolos hospitalarios y del código deontológico para juzgar conductas e imponer sanciones por la toma de esas decisiones clínicas. Con esta función ejecutiva en última instancia debe intervenir la autoridad judicial.

Desde este punto de vista ético el "tratamiento vital" de los enfermos terminales es una obligación del médico y personal sanitario, que deben obedecer a las directrices legales, que se basan en la:

Protección de la vida del paciente con el cumplimiento de la "Carta de Derechos y Deberes" del enfermo y, en especial, por razón de credo, la actuación correcta ante la muerte u "ortotanasia", por el derecho a vivir de las personas moribundas.

Promoción de un entorno hospitalario en el que el trato sea más humano y profesional, en el que se respete la dignidad de la persona, y se fomente la Medicina Paliativa con el fin de recibir los cuidados paliativos necesarios para la salud del enfermo por "privilegio terapéutico".

Resolución de los problemas de asistencia hospitalaria que comporten un conflicto ético con la propuesta de "Declaración de Voluntades Anticipadas" del paciente, o "Testamento Vital".

En definitiva, es necesario que se comunique al órgano de inspección sanitaria competente (Jefe de Servicio, Dirección Médica y de Enfermería, o Gerencia del Hospital, etc ...) cualquier defectuosa prestación sanitaria para que se sancione la mala praxis médica, y al mismo tiempo que disponga de medios de supervisión adecuados para evitar excesos y abusos en la atribución de las funciones de los facultativos y A.T.S en situaciones especiales en las que se considere que pueden resultar vulnerados los derechos humanos y privilegios médicos del enfermo.

La ortotanasia o privilegio terapéutico.

La ortotanasia no se limita única y exclusivamente a evitar protocolos clínico-quirúrgicos en situaciones lamentables para el enfermo, y de prolongar su precaria existencia cuando existe una declaración de voluntades anticipadas del enfermo y la condición de muerte clínica según hemos enumerado, sino que se basa por definición en el derecho al tratamiento vital por privilegio terapéutico según el principio de justicia en situaciones de necesidad concurrente, sentido ético básico según el cual todo ser humano debe ser respetado, y su dignidad protegida y amparada por la Ley. Por tanto, su ámbito de protección alcanza sin restricción o distinción alguna a los enfermos graves o terminales. Por consiguiente, es una obligación de los profesionales de la salud respetar el derecho a la vida de los moribundos porque son personas humanas.

La decisión libre y voluntaria de seguir con vida, es un derecho del paciente y de la familia, y más cuando estamos obligados por la ley y en conciencia a respetar el derecho a la vida de la

persona moribunda hasta que llegue el trance de su muerte, un verdadero testimonio de fe en defensa de los principios contrarios a la supuesta muerte digna que propugnan los defensores de la eutanasia. Se debe entender y es justo concebir que el tratamiento necesario para la salud del enfermo sea adecuado para mantener la vida en situación de urgencia por una compasión bien entendida que no va contra la dignidad de la persona, porque con voluntad y apoyo moral mientras hay vida, hay una esperanza.

Este es el modo correcto de actuar o la rectitud de intención en el cuidado de los enfermos en estado crítico, dar una esperanza de vida hasta que llegue el trance de la muerte.

La solución pasa por dar los cuidados paliativos adecuados a quien pronto va a morir tratándole tanto los sufrimientos físicos, psíquicos, sociales y espirituales, a favor de una asistencia sanitaria más humana para el enfermo.

1. Todos queremos ser tratados eficazmente del dolor, el sufrimiento y la agonía, tener la ayuda necesaria y no ser abandonados por el médico y el equipo sanitario cuando la enfermedad sea incurable.
2. Todos queremos ser informados adecuadamente sobre la enfermedad, el pronóstico y los tratamientos que dispone la Medicina, que nos expliquen los datos en un lenguaje comprensible y participar en las decisiones sobre lo que se va a hacer.
3. Todos queremos recibir un trato respetuoso, estar acompañados de la familia, y sin otras restricciones que las necesarias para la buena evolución de la enfermedad y el buen funcionamiento de la institución hospitalaria.
4. Todos queremos recibir consuelo humano y espiritual, que nos traten con dignidad y nos permitan ejercer nuestros derechos, el entorno hospitalario debe ser un lugar en el que los enfermos encuentren el apoyo de los profesionales de la salud y del sacerdote para convertir el acto de cuidar al enfermo en una eucaristía o "acción de gracias".

Hay situaciones muy concretas y excepcionales en las que el médico debe proceder sin necesidad de "consentimiento informado", es el caso de "urgencia vital", cuando la no intervención representa un riesgo para el enfermo.

La situación conocida como "privilegio terapéutico" es la excepción que confirma la regla médica, y que consiste en hacer todo lo humanamente posible por preservar la vida de los enfermos sin necesidad de consentimiento informado, es de obligado cumplimiento, y no se puede consentir si se justifica lo contrario, porque sino se infringiría el principio de justicia, de necesidad recurrente y socorro debido.

En relación con el "tratamiento vital", como medidas de mantenimiento y conservación de la "homeostasis" del organismo humano, se emplearían: dispositivos artificiales, ... tales como la ventilación asistida, oxígeno a presión, hemodiálisis y transfusiones sanguíneas, etc ... , en el sentido de mantener los niveles de O₂, electrolitos esenciales, ... ; sistemas orgánicos, ... aquellos capaces de conservar el latido cardíaco y las ondas cerebrales, ...; u otros tratamientos, ... como agua, alimentación por tubo y suero intravenoso, etc ...; y cuidados ordinarios, ... de fisioterapia, higiene y aseo, etc ... por citar algunos ejemplos y que en su conjunto son más que un privilegio médico un derecho humano en el sentido de respetar las prestaciones sanitarias de urgencia vital.

Cualesquiera que sean los motivos o los medios, la eutanasia consiste en poner fin a la vida de las personas disminuidas, enfermas o moribundas. Es moralmente inaceptable. El "tratamiento vital" para aliviar los sufrimientos del moribundo, puede ser conforme a la dignidad humana. Los cuidados paliativos del paciente pueden constituir una forma privilegiada de caridad desinteresada. Por este motivo, hay que alentarla.

Aquellas personas que tienen una vida disminuida o debilitada reclaman un respeto especial. Los enfermos y minusválidos han de recibir ayuda para llevar una vida tan normal como sea posible.

Precisamente, en España el Plan Nacional de cuidados paliativos que elaboran el Ministerio de Sanidad, el INSALUD, y los representantes de todas las comunidades autónomas – entre las cuales Cataluña está considerada como pionera –, tiene como principal objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación terminal.

Apéndice.

La Medicina Paliativa.

La Medicina Paliativa o los cuidados paliativos, dicese de lo que mitiga, suaviza o atenúa, especialmente los remedios que se aplican a las enfermedades incurables para mitigar su violencia y aliviar su agudez, es propiamente la alternativa al “encarnizamiento terapéutico”. La eutanasia médica es un grave atentado contra la vida humana y su dignidad.

Pero, ciertamente, como especialización dentro de la organización sanitaria, exige del médico estar atento al máximo a los adelantos científicos y ser conocedor profundo de las necesidades del moribundo, en favor del tratamiento vital de los enfermos terminales y en contra de la idea de que el tratamiento fútil en los pacientes críticos justificaría la suspensión de las medidas de soporte básico, alimentación por tubo y remedios terapéuticos normales, porque en estado grave tienen derecho a la vida por privilegio terapéutico, y no por complacencia sino como un tratamiento paliativo para mitigar los dolores, aliviar el sufrimiento y ayudar a sobrellevar la aflicción extrema de la agonía en el trance de la muerte, lo cual representa hacer frente a determinados sectores de la sociedad médica que justifican la eutanasia médica con un fraude de ley al considerar que con el fin de evitar el “encarnizamiento terapéutico” pueden matar, lo cual nada tiene que ver con el testamento vital propuesto por la Conferencia Episcopal Española a los cristianos que pretende lo contrario, es decir que no se aplique al enfermo crítico la eutanasia pasiva o activa u homicidio terapéutico.

Cuando un médico le ha quitado la vida a un paciente por falsa piedad, ha dado ya un paso que tiene muy difícil retorno, será relativamente fácil que experimente idéntico estado de ánimo, porque en la práctica la profesión impone a los médicos la necesidad de tratar enfermos muy semejantes.

Los recientes avances en el tratamiento eficaz del dolor y de la enfermedad terminal han reducido por completo el riesgo de anticipar indebidamente la muerte.

La sedación en Medicina Paliativa es éticamente correcta cuando: 1) El fin sea mitigar el sufrimiento. 2) La administración del fármaco no busque la provocación intencionada de la muerte. 3) Cuando se aplique un tratamiento que consiga los mismos efectos principales sin el efecto secundario que sería acelerar la muerte.

En cambio, este argumento es uno de los principales que se utilizan hoy en día para promover la legalización de la eutanasia. Y es que la Medicina Moderna aunque dispone de medios para prolongar la vida de las personas, incluso en situaciones de gravedad, determinados grupos de presión social únicamente consideran que se alarga la agonía del moribundo por unos determinados intereses económicos que son un latrocinio de recursos sanitarios destinados por derecho a los cuidados paliativos.

Cualquier argumento para justificar la eutanasia no es aceptable porque en él junto a las equivocadas consideraciones acerca de evitar la “obstinación terapéutica” con el fin de matar al paciente se contiene una honda manipulación de la noción de muerte digna. Aquí subyace la confusión entre la dignidad de la vida y la persona. Porque la dignidad se fundamenta en el

hecho esencial de ser humano, todas las personas son dignas de vivir porque son seres humanos. Y el derecho a la vida no hace acepción de personas, sino que está establecido con independencia de su condición, estado de salud, u otra circunstancia personal y social. Es decir, la persona tiene derecho a la vida por la dignidad de ser humano.

Es digno, ciertamente, renunciar al "empeñamiento terapéutico" sin esperanza alguna de curación o mejoría, haciendo lo posible por el paciente crítico y esperando la llegada de la muerte con los menos dolores y sufrimientos posibles. Nada de esto tiene que ver con la eutanasia, porque la provocación de la muerte de un semejante, cualesquiera que sean las motivaciones, es siempre ajena a la noción de dignidad de la persona humana. El valor absoluto de la dignidad humana se fundamenta en el hecho de que su vida es sagrada.

La Medicina Paliativa es una forma civilizada de entender y atender a los pacientes terminales opuesta principalmente a los dos conceptos extremos ya aludidos: distanasia y eutanasia.

Esta es una nueva especialidad de la atención médica al enfermo terminal y a su entorno que contempla el problema de la muerte del hombre desde una perspectiva profundamente humana, reconociendo la dignidad de su persona y el respeto por su vida en el marco del grave sufrimiento físico y psíquico que el fin de la existencia lleva generalmente consigo.

En definitiva, la medicina paliativa es, ni más ni menos, un cambio de mentalidad ante el paciente terminal. Es saber que, cuando ya no se puede curar, aún podemos cuidar, es la consciencia de cuando se debe iniciar ese cambio: si no puedes curar, alivia, y si no puedes aliviar; por lo menos consuela. En ese viejo aforismo se condensa toda la filosofía de los cuidados paliativos y ortotanasia. La bondad del procedimiento médico y su recto proceder con las personas enfermas en estado crítico.

Por esta razón, aplíquese la máxima expresión de la Medicina Clásica : Contraria Contrariis Curantur: "Los contrarios se curan con los contrarios" (Latín literal).

Medicina Occidental Cristiana.

El origen tiene lugar en Occidente con el dominio de Roma, su mayor desarrollo se produce a partir de los ss. XIII y XIV, su misión era transmitir los conocimientos grecolatinos y su terapéutica era el consuelo en la oración, se inicia la asistencia al enfermo (como obra de caridad), y con un creciente interés cultural en los monasterios. Se divide en tres grandes etapas:

1. ss. V al X.

a) Medicina germánica: en los pueblos sajones, y es primitiva o teúrgica.

b) Medicina monástica: en los conventos, sus principales centros: Montecasino y San Gall; sus principales monjes: Casionario Senator, Beda, Maurus, Hildegarda da Bingen, y el mejor Alcuin York (antes de comenzar a estudiar medicina estudia las "7 artes liberales", que durante el s. IX habían consistido en un 1er. bloque "Trivium": gramática, lógica y retórica; y un 2do. bloque "Quatrium": aritmética, geometría, astronomía y música; y a partir del siglo X también se estudia física y matemáticas).

2. ss. XI al XII.

La asimilación se produce por traducción, que es laica, y complementa la incorporación de la medicina griega, árabe, latina y hebrea. Las figuras más destacadas: Constantino el Africano (que se decanta hacia Galeno y también sigue a Avicena). Se constituye en dos etapas:

a) 1ra. mitad del s. XII: se traduce en la ciudad de Toledo, cuyos traductores más destacados son: Juan Hispano (del griego al castellano) y Domingo González (del castellano al latín).

b) 2da. mitad del s. XII: el traductor más destacado: Gerardo de Cremona (que traduce a Galeno, Hipócrates, Avicena, Razas, Aristóteles y Abulcasim).

3. ss. XIII y XIV, ...

La institución más importante que encontramos en este momento es la "Escuela de Montpellier" (en la Corona de Aragón). Durante el s. XIII la mayoría de los alumnos y profesores son catalanes, y los más destacados: Arnau de Vilanova (médico de los Reyes de Aragón, y los Papas Bonifacio VIII y Benedicto XI) y Ramón Llull. Durante el s. XIV el centro más importante de estudio fue Bolonia, con las dos aportaciones que desarrollaron la medicina actual:

1ra. La práctica en cirugía empieza a enseñarse en las facultades, y entre los médicos más destacados encontramos al cirujano Guy Chauliac (Montpellier).

2da. Se da comienzo a las llamadas "Concilios" o monografías médicas sobre una enfermedad determinada (se recogen los casos de diferentes pacientes de una enfermedad y después se estudian), y la figura más importante es Alderoti.

El hombre y el sin sentido del dolor.

El dolor es el compañero del hombre. Este, percatado de su naturaleza busca una explicación al mismo, intento que le lleva al pesimismo ante su impotencia real y que puede terminar en el suicidio. La única explicación posible no la da la filosofía sino la teología ya que es necesario entrar en un plano lógico superior. Vemos en las explicaciones de Max Scheler y de Santo Tomas de Aquino: fenomenológica y ontológica; cómo el sufrimiento llega a romper la unidad de la persona, y la esperanza del hombre para soportarlo entronca en la visión cristiana del dolor y el sufrimiento.

¿Qué es el dolor?. La propia palabra dolor, del latín dolor, oris, designa el dolor físico - sensación molesta en alguna parte del cuerpo -, y el dolor psíquico -pena, aflicción -. El dolor siempre ha ido asociado a la vida del hombre. Es un fenómeno inmediato y primario. Este es un dato de la experiencia. La gran frustración del hombre es que estando hecho para la felicidad, y viviendo en su búsqueda permanente, se encuentra inexorablemente o bien con el daño físico y/o psíquico e incluso cuando constata su motivo de logro, su corazón no se aquieta.

¿Cómo unimos estas dos partes del dolor?. ¿Cómo nos lleva al concepto de sufrimiento?. Cuando fracasamos en esa huida del dolor, del sufrimiento, nos preguntamos: ¿Tiene esto sentido?. ¿Cuál es el sentido del dolor?. Si el sufrimiento es un límite a la vida humana ¿qué sentido tiene?. Solo el hacernos estas preguntas ya es un modo de sufrir, como decía San Agustín, pues mi corazón está inquieto mientras no encuentra su sentir. Así el miedo al sufrimiento es ya un sufrir, el miedo al dolor es ya un dolor. El miedo a la muerte es ya un morir.

¿Cómo vivimos el dolor desde la conciencia?. Hay un principio universal que dice que el bien es aquello que nos hace ser personas, nos enriquece y ha de hacerse, y que el mal hay que evitar. El análisis fenomenológico del dolor nos permite conocer su funcionamiento para bien prevenirlo o tratarlo, esto nos lleva a analizar el sufrimiento de forma ontológica: ¿ Que es el dolor ?, su ¿ por qué ?, sus clases, cuales son sus causas y sus efectos.

El dolor y el sufrimiento son actos objetivos, y de sentimiento. Es un acto de las instancias afectivas de Santo Tomás. Y es que el dolor corporal intenso patentiza en nuestra conciencia la unidad sustancial del ser humano, revelándose contra su disgregación. San Agustín lo definía como un sentimiento que resiste a la división. La tendencia a la huida que provoca el dolor está enlazada con la imposibilidad de sustraerme a la realidad dolorosa, con la

excepción del síndrome de Gertsman, desconexión del lóbulo parietal del frontal, por la que puede ocurrir no captar la sensación dolorosa y no huir ante el hecho doloroso. No obstante, el dolor y sufrimiento es constitutivo del ser humano.

Max Scheler, hace un completo estudio y caracteriza el dolor como un sentimiento referido a la conciencia del yo o si mismo. Y es que esa sería la diferencia entre dolor y sufrimiento. A partir de un cierto grado de intensidad y duración del dolor este se convierte en sufrimiento de la persona, esto es, que demora todas las perspectivas de futuro, la indeterminación de un horizonte sin dolor, afectando la instancia espiritual y en extremo produciendo la muerte de la persona.

Santo Tomas nos dice que el dolor es un sentimiento de resistencia de la voluntad, coincidiendo con San Agustín; la sensibilidad a una fuerza de potencia superior causa dolor, porque si tal fuerza tuviera la potencia suficiente para transformar el impulso de resistencia volitiva o sensitiva hasta el punto de cambiarlo de signo en su cesión y consentimiento, dejaría de tener lugar.

En el sufrimiento ajeno solo cabe el mitigarlo. Encontrar un sentido al sufrimiento es un verdadero acto de solidaridad con el hombre que sufre. Conseguir la aceptación del sufrimiento sin la ruptura de la personalidad sería la finalidad. Nos encontramos pues que para que el dolor pueda ser comprendido y podamos descubrir que sentido tiene nos es necesario situarnos en un plano lógico superior.

La filosofía tan solo es capaz de declarar el sin sentido del dolor pero no da explicación alguna de cómo aparece el mal en la naturaleza del hombre, por eso, la única ciencia que nos puede dar una explicación convincente es la teología, ya que esta opera en un orden sobrenatural. Solo ella nos puede explicar la razón de ser del sufrimiento de la naturaleza humana por causa del pecado original, y que a través de la gracia divina que eleva a un estado superior de redención del género humano somos capaces de dar un sentido al dolor y sufrimiento.

Interludio para comprender el martirio cristiano.

"Y enjugará toda lágrima de sus ojos; y no habrá ya muerte, ni llanto, ni lamento, ni dolor, porque todo lo anterior ya pasó" (Apocalipsis, 21 4).

En el Gólgota tenemos los iconos de la actitud del hombre ante el sufrimiento: por una parte está la actitud de Gestas, de rebelión, de rechazo, que conduce a la amargura y a la tristeza del espíritu y también al rechazo de Dios y con ello a la desesperanza; y por otra está la de Dimas, que lo asume con resignación, lo acepta, y esa actitud le lleva a reconocer a Dios, le lleva a la esperanza, y felicidad. Esta es la respuesta, la esperanza del cristiano a la pregunta sobre el sentido del dolor y el sufrimiento ante la muerte.

Este ya podría ser un punto de partida para explicar la encarnación del hijo de Dios, la pasión de Cristo y el sentido corredentor de los mártires de la fe. Eso haremos en la Conferencia: Psicología del Martirio (I y II), presentada en la categoría de Psiquiatría Social del VI CVP - Interpsiquis 2005.

Notas y Textos.

1. Estados de Coma.

Si entendemos que el estado de coma, implica una situación de inconsciencia profunda con ausencia de movimientos oculares espontáneos, falta de respuesta a estímulos dolorosos, y que puede estar producido por traumatismos, tumores cerebrales que ocupan cierto espacio, hematomas cerebrales, encefalitis y enfermedades vasculares. Por definición equivale a muerte cerebral, que es una forma irreversible de pérdida de conciencia que se caracteriza

por una desaparición completa de la función cerebral con mantenimiento de la contracción cardíaca. La definición legal de la muerte cerebral varía de unos países a otros, pero los criterios clínicos habituales para diagnosticarla son que las pupilas se encuentran dilatadas y fijas, con ausencia de actividad, movimientos y respiración.

También la hipotermia, la anestesia y ciertas intoxicaciones medicamentosas pueden producir una depresión fisiológica profunda muy similar a la muerte cerebral, y para poder diagnosticarla es imprescindible evaluar la actividad eléctrica del cerebro y demostrar que no existe en dos electroencefalogramas realizados con un intervalo de tiempo de 12 a 24 h.

2. Terapéutica respiratoria (Respiración con Presión Positiva o Intermitente).

Ventilación asistida mediante aire mantenido a presión durante el ciclo respiratorio. Se usa en pacientes que pueden iniciar la respiración pero son incapaces de mantener sin ayuda unos niveles adecuados de oxígeno arterial. El sufrimiento respiratorio se trata con este método, son necesarias las inspiraciones forzadas para mantener insuflados los pulmones. El principal músculo encargado de la inspiración es el diafragma, cuya contracción da lugar a una presión negativa en el tórax, que provoca la expansión de los pulmones y la entrada de aire en ellos, hasta el volumen o capacidad normal según el grado de resistencia inspiratoria.

3. Capacidad respiratoria (Volumen de Reserva Inspiratorio).

Máximo volumen de aire que puede ser inspirado tras una inspiración normal. En estado de inspiración máxima los pulmones tienen una capacidad total de 5500 a 6000 ml. de aire.

4. Función respiratoria.

Debemos observar la relación inversa proporcional de la función respiratoria con las desconexiones de la respiración asistida ($> F.$ Resp. con desconexión y $< F.$ Resp. sin desconexión).

La depleción de la F. Resp. en la gráfica horaria, y su incremento antes y después del periodo de sedación terminal durante la desconexión dolosa de la máquina de respiración asistida, demuestran el efecto de inhibición y déficit de la F.Resp., y su anoxia que desencadena un coma cerebral y su muerte por asfixia al no disponer de soporte ventilatorio.

Documentación.

Los textos legislativos de la Organización Mundial de la Salud - O.M.S. (Ginebra, 1990); el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (Londres 1949 - Sydney 1968 - Venecia 1983 - Madrid 1987) y la Declaración de Ginebra (1948); la Conferencia de los Colegios Profesionales de Médicos en la Unión Europea y el Art. 18 de la Guía de Ética Médica Europea; sobre el Tribunal Europeo y el Convenio Europeo de Derechos Humanos (Art. 2), la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa y su recomendación 1418, aprobada el 25 de junio de 1999; del Art. 15 a 17.1 de la Constitución Española y la sentencia de 11 abril 1985, el Tribunal Supremo y los Art. 10, 142, 143, 149, 196 y 390 del Código Penal y su Ley Orgánica de reforma del Art. 41.7 bis; los Art. 6, 10, 11, 34 y 35 de la Ley General de Sanidad - L.G.S.- (14/1986 de 25 de Abril); el Art. 6 del Título 2 de la Ley 15/1990, de 9 de Julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña, y los Art. 3, 5, 6, 11 y 14 de la Orden de 18 de Noviembre de 1985, por la que se regula la estructura orgánica de dirección, gestión y administración de las instituciones hospitalarias de la Seguridad Social en Cataluña, modificada parcialmente por las órdenes de 16 de julio de 1987, 16 de mayo de 1990 y 31 de marzo de 1992; la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España y la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, el Código de Ética y Deontología Médica Español y el Cap. VIII, Art. 57 del Código Deontológico del Consejo de Colegios de Médicos en Cataluña; ... han sido obtenidos de diversas fuentes bibliográficas del Ministerio de Sanidad y son un extracto refundido de las publicaciones de su

Servicio de Documentación.

A. Carta de Derechos y Deberes.

Según el extracto del texto original de la publicación "Derechos del Enfermo y Usuario del Hospital", editado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la "Generalitat de Catalunya" en 1984:

Toda persona que haga uso de los servicios sanitarios de un centro hospitalario tiene derecho a:

Recibir una asistencia sanitaria que ponga al servicio de la persona los recursos técnicos y humanos adecuados en función de su enfermedad y/o las posibilidades del centro, sin discriminación por razón de edad, sexo, raza, ideología, religión ni condición socio-económica.

Ser atendido con agilidad, que los trámites administrativos no retarden su asistencia o ingreso, y que su estancia en el hospital sea lo más breve posible.

Ser tratado, por parte de todo el personal del centro, con respeto hacia su dignidad humana.

Ser tratado con respeto a su intimidad personal.

Ser tratado con reconocimiento en relación a sus convicciones religiosas y filosóficas, muy especialmente cuando el enfermo se encuentre en las situaciones críticas.

Mantener relación con sus familiares y amigos, y tener comunicación con el exterior.

Recibir información comprensible, suficiente y continuada.

Recibir información general sobre:

- a) Los servicios de que dispone el hospital.
- b) La normativa del centro.
- c) El nombre del médico responsable de su asistencia.
- d) El nombre del personal de enfermería que cuida del enfermo.
- e) La forma de identificar al personal.
- f) Los gastos originados por su estancia hospitalaria.
- g) Las vías para obtener informaciones complementarias.
- h) El modo de aportar sugerencias y reclamaciones.

Recibir información del médico responsable, sobre los aspectos relativos a:

- a) Motivo de su ingreso.
- b) Riesgos probables que puede ofrecer toda prestación de diagnóstico o tratamiento.
- c) Explicación detallada, antes de que se le incluya en algún tipo de estudio o investigación científica.
- d) Entrega de un informe escrito cuando se le da el alta al enfermo. También cuando el enfermo lo necesite para otro médico o entidad.

Disponer de una historia clínica y tener acceso a la información que contiene. Disponer de los resultados de las exploraciones y pruebas diagnósticas realizadas durante la estancia en el hospital.

Mantener el secreto sobre su enfermedad y sobre los datos de la historia clínica. Será excepción a esta regla por mandamiento judicial.

Dar su consentimiento escrito para tratamientos médicos o quirúrgicos, procedimientos y pruebas diagnósticas menos habituales, y de experimentación clínica.

Que se valore su situación familiar y social.

Ser informado debidamente, cuando sea necesario trasladarlo a otro centro y, en este caso, ser trasladado adecuadamente.

Optar por abandonar el hospital en cualquier momento. Cuando este derecho sea ejercido antes de ser dado de alta por el hospital, el enfermo debería firmar un documento de "alta voluntaria".

Morir con dignidad. En esta situación las relaciones con los familiares y los amigos han de ser especialmente facilitadas. Si la muerte sobreviene en el hospital, se tendrá especial trato con los familiares y las personas allegadas para que reciban también un trato adecuado en esos momentos.

Conocer sus derechos, que estos sean ampliamente divulgados entre los enfermos y el personal del hospital, y que sean respetados.

Presentar sugerencias y reclamaciones sobre el funcionamiento del hospital y que sean estudiadas y contestadas.

Enfermos en situaciones especiales.

Cuando el estado o circunstancias del enfermo no permitan que la información pueda ser asimilada adecuadamente por este, como puede ser el caso de personas con alteraciones del nivel de conciencia transitorios, se informará a los familiares o personas legalmente responsables.

En caso de que el enfermo no haya dejado constancia escrita y legalmente válida, se respetará la voluntad de las personas en que haya delegado. En estos casos, estas personas darán el consentimiento para todos los supuestos en los cuales se requiere la intervención o participación de la voluntad del enfermo, con la salvedad de las situaciones de urgencia, motivos de salud pública o imperativos legales.

B. Declaración de Voluntades Anticipadas.

Según el "Testamento vital" que reza en el epígrafe 88 del Documento emitido por el Comité Episcopal para la defensa de la vida, presidido por el Cardenal Narciso Jubany Arnau, con fecha 14 de febrero de 1993.

A mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario:

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como si se tratara de un testamento.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo y absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, y, el que suscribe pido que si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se

me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta declaración.

Fecha Doy Fe.

Palabras Clave.

Eutanasia (del griego "eu", bien, y "thánatos", muerte) : acción de homicidio terapéutico o suicidio asistido.

Distanasia (del griego "dis", mal, algo mal hecho ...) : acto de ensañamiento, encarnizamiento u obstinación terapéutica.

Ortotanasia (del griego "orthos", recto, justo...que observa el derecho conforme a la razón, que obra con juicio...) : actuación correcta ante la muerte por privilegio terapéutico.

Bibliografía.

Actas de las III Jornadas de Objeción de Conciencia en el ejercicio profesional patrocinadas por la Asociación MCC - "Metges Cristians de Catalunya". Hospital General de Catalunya, 19 octubre 2002 (Encíclica "Diuturnum" de León XIII y "Evangelium Vitae" de Juan Pablo II, sobre el Congreso de la Federación Internacional de Asociaciones de Médicos Católicos - FIAMC, ...).

Carta de Derechos y Responsabilidades del paciente. Dept. de Sanidad de la Generalitat de Catalunya (1984).

Declaración de Voluntades Anticipadas del enfermo, y 100 cuestiones doctrinales contra la despenalización de la eutanasia. Comité para la defensa de la vida. Conferencia Episcopal Española (1993).

Max Scheler. El sentido del sufrimiento, en Amor y conocimiento. Ed. Sur, Buenos Aires (1960), p. 69; y Revista de Occidente, Madrid (1941), tomo II, p. 110-119.

Santo Tomás de Aquino. Summa Theologiae, q. 35 a 1.

San Agustín. Obras Completas. Vol III, BAC (Biblioteca de Autores Cristianos). Madrid 1951, p. 509.