Globethics Repository



Congreso internacional sobre «tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo [International Congress on " Life-Sustaining Treatments and Vegetative State]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Juan Pablo II
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-07 13:30:03
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203793

CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE «TRATAMIENTOS DE MANTENIMIENTO VITAL Y ESTADO VEGETATIVO: AVANCES CIENTÍFICOS Y DILEMAS ÉTICOS» Juan Pablo II. 20 DE MARZO DE 2004

Ilustres señoras y señores:

1. Os saludo muy cordialmente a todos vosotros, participantes en el congreso internacional sobre «Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo: avances científicos y dilemas éticos». Deseo dirigir un saludo, en particular, a monseñor Elio Sgreccia, vicepresidente de la Academia pontificia para la vida, y al profesor Gian Luigi Gigli, presidente de la Federación internacional de asociaciones de médicos católicos y generoso defensor del valor fundamental de la vida, el cual se ha hecho amablemente intérprete de los sentimientos comunes.

Este importante congreso, organizado conjuntamente por la Academia pontificia para la vida y la Federación internacional de asociaciones de médicos católicos, está afrontando un tema de gran importancia: la condición clínica denominada «estado vegetativo». Las complejas implicaciones científicas, éticas, sociales y pastorales de esa condición necesitan una profunda reflexión y un fecundo diálogo interdisciplinar, como lo demuestra el denso y articulado programa de vuestros trabajos.

2. La Iglesia, con gran estima y sincera esperanza, estimula los esfuerzos de los hombres de ciencia que se dedican diariamente, a veces con grandes sacrificios, al estudio y a la investigación para mejorar las posibilidades diagnósticas, terapéuticas, de pronóstico y de rehabilitación de estos pacientes totalmente confiados a quien los cuida y asiste. En efecto, la persona en estado vegetativo no da ningún signo evidente de conciencia de sí o del ambiente, y parece incapaz de interaccionar con los demás o de reaccionar a estímulos adecuados.

Los estudiosos consideran que es necesario ante todo llegar a un diagnóstico correcto, que normalmente requiere una larga y atenta observación en centros especializados, teniendo en cuenta también el gran número de errores de diagnóstico referidos en la literatura. Además, no pocas de estas personas, con una atención apropiada y con programas específicos

de rehabilitación, son capaces de salir del coma. Al contrario, muchos otros, por desgracia, permanecen prisioneros de su estado, incluso durante períodos de tiempo muy largos y sin necesitar soportes tecnológicos.

En particular, para indicar la condición de aquellos cuyo «estado vegetativo» se prolonga más de un año, se ha acuñado la expresión estado vegetativo permanente. En realidad, a esta definición no corresponde un diagnóstico diverso, sino sólo un juicio de previsión convencional, que se refiere al hecho de que, desde el punto de vista estadístico, cuanto más se prolonga en el tiempo la condición de estado vegetativo tanto más improbable es la recuperación del paciente.

Sin embargo, no hay que olvidar o subestimar que existen casos bien documentados de recuperación, al menos parcial, incluso a distancia de muchos años, hasta el punto de que se puede afirmar que la ciencia médica, hasta el día de hoy, no es aún capaz de predecir con certeza quién entre los pacientes en estas condiciones podrá recuperarse y quién no.

3. Ante un paciente en esas condiciones clínicas, hay quienes llegan a poner en duda incluso la permanencia de su «calidad humana», casi como si el adjetivo «vegetal» (cuyo uso ya se ha consolidado), simbólicamente descriptivo de un estado clínico, pudiera o debiera referirse en cambio al enfermo en cuanto tal, degradando de hecho su valor y su dignidad personal. En este sentido, es preciso notar que el término citado, aunque se utilice sólo en el ámbito clínico, ciertamente no es el más feliz para referirse a sujetos humanos.

En oposición a esas tendencias de pensamiento, siento el deber de reafirmar con vigor que el valor intrínseco y la dignidad personal de todo ser humano no cambian, cualesquiera que sean las circunstancias concretas de su vida. Un hombre, aunque esté gravemente enfermo o se halle impedido en el ejercicio de sus funciones más elevadas, es y será siempre un hombre; jamás se convertirá en un «vegetal» o en un «animal».

También nuestros hermanos y hermanas que se encuentran en la condición clínica de «estado vegetativo» conservan toda su dignidad humana. La mirada amorosa de Dios Padre sigue posándose sobre ellos, reconociéndolos como hijos suyos particularmente necesitados de asistencia.

4. Los médicos y los agentes sanitarios, la sociedad y la Iglesia tienen, con respecto a esas personas, deberes morales de los que no pueden eximirse sin incumplir las exigencias tanto de la deontología profesional como de la solidaridad humana y cristiana.

Por tanto, el enfermo en estado vegetativo, en espera de su recuperación o de su fin natural, tiene derecho a una asistencia sanitaria básica (alimentación, hidratación, higiene, calefacción, etc.), y a la prevención de las complicaciones vinculadas al hecho de estar en cama. Tiene derecho también a una intervención específica de rehabilitación y a la monitorización de los signos clínicos de eventual recuperación.

En particular, quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos.

En efecto, la obligación de proporcionar «los cuidados normales debidos al enfermo en esos casos» (Congregación para la doctrina de la fe, Iura et bona, p. IV), incluye también el empleo de la alimentación y la hidratación (cf. Consejo pontificio Cor unum, Dans le cadre, 2.4.4; Consejo pontificio para la pastoral de la salud, Carta de los agentes sanitarios, n. 120). La valoración de las probabilidades, fundada en las escasas esperanzas de recuperación cuando el estado vegetativo se prolonga más de un año, no puede justificar éticamente el abandono o la interrupción de los cuidados mínimos al paciente, incluidas la alimentación y la hidratación. En efecto, el único resultado posible de su suspensión es la muerte por hambre y sed. En este sentido, si se efectúa consciente y deliberadamente, termina siendo una verdadera eutanasia por omisión.

A este propósito, recuerdo lo que escribí en la encíclica Evangelium vitae, aclarando que «por eutanasia, en sentido verdadero y propio, se debe entender una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor»; esta acción constituye siempre «una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana» (n. 65).

Por otra parte, es conocido el principio moral según el cual incluso la simple duda de estar en presencia de una persona viva implica ya la obligación de su pleno respeto y de la abstención de cualquier acción orientada a anticipar su muerte.

5. Sobre esta referencia general no pueden prevalecer consideraciones acerca de la «calidad de vida», a menudo dictadas en realidad por presiones de carácter psicológico, social y económico.

Ante todo, ninguna evaluación de costes puede prevalecer sobre el valor del bien fundamental que se trata de proteger: la vida humana. Además, admitir que se puede decidir sobre la vida del hombre basándose en un reconocimiento exterior de su calidad equivale a reconocer que a cualquier sujeto pueden atribuírsele desde fuera niveles crecientes o decrecientes de calidad de vida, y por tanto de dignidad humana, introduciendo un principio discriminatorio y eugenésico en las relaciones sociales.

Además, no se puede excluir a priori que la supresión de la alimentación y la hidratación, según cuanto refieren estudios serios, sea causa de grandes sufrimientos para el sujeto enfermo, aunque sólo podamos ver las reacciones a nivel de sistema nervioso autónomo o de mímica. En efecto, las técnicas modernas de neurofisiología clínica y de diagnóstico cerebral por imágenes parecen indicar

que en estos pacientes siguen existiendo formas elementales de comunicación y de análisis de los estímulos.

6. Sin embargo, no basta reafirmar el principio general según el cual el valor la vida de un hombre no puede someterse a un juicio de calidad expresado por otros hombres; es necesario promover acciones positivas para contrastar las presiones orientadas a la suspensión de la hidratación y la alimentación, como medio para poner fin a la vida de estos pacientes.

Ante todo, es preciso sostener a las familias, que han tenido a un ser querido afectado por esta terrible condición clínica. No se las puede dejar solas con su pesada carga humana, psicológica y económica. Aunque, por lo general, la asistencia a estos pacientes no es particularmente costosa, la sociedad debe invertir recursos suficientes para la ayuda a este tipo de fragilidad, a través de la realización de oportunas iniciativas concretas como, por ejemplo, la creación de una extensa red de unidades de reanimación, con programas específicos de asistencia y rehabilitación; el apoyo económico y la asistencia a domicilio a las familias, cuando el paciente es trasladado a su casa al final de los programas de rehabilitación intensiva; la creación de centros de acogida para los casos de familias incapaces de afrontar el problema, o para ofrecer períodos de «pausa» asistencial a las que corren el riesgo de agotamiento psicológico y moral.

Además, la asistencia apropiada a estos pacientes y a sus familias debería prever la presencia y el testimonio del médico y del equipo de asistencia, a los cuales se les pide que ayuden a los familiares a comprender que son sus aliados y luchan con ellos; también la participación del voluntariado representa un apoyo fundamental para hacer que las familias salgan del aislamiento y para ayudarles a sentirse parte valiosa, y no abandonada, del entramado social.

En estas situaciones, reviste asimismo particular importancia el asesoramiento espiritual y la ayuda pastoral, como apoyo para recuperar el sentido más profundo de una condición aparentemente desesperada.

7. Ilustres señoras y señores, para concluir, os exhorto, como personas de ciencia, responsables de la dignidad de la profesión médica, a custodiar celosamente el principio según el cual el verdadero cometido de la medicina es «curar si es posible, pero prestar asistencia siempre» (to cure if possible, always to care).

Como sello y apoyo de vuestra auténtica misión humanitaria de consuelo y asistencia a los hermanos que sufren, os recuerdo las palabras de Jesús: «En verdad os digo que cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis» (Mt 25, 40).

A esta luz, invoco sobre vosotros la asistencia de Aquel a quien una sugestiva fórmula patrística califica como Christus medicus; y, encomendando vuestro trabajo a la protección de María, Consoladora de los afligidos y consuelo de los moribundos, con afecto imparto a todos una especial bendición apostólica. (Publicado en «L'Osservatore Romano», edición española, del viernes 26 de marzo de 2004, p. 9)