

## **Qué significa «calidad de vida»**

Una conferencia en el Vaticano considera algunos principios éticos al respecto

ROMA, sábado, 12 marzo 2005 ([ZENIT.org](http://ZENIT.org)).- La muy utilizada expresión «calidad de vida» ha sido el tema del encuentro anual de la Pontificia Academia para la Vida. La asamblea general de este organismo vaticano, del 21 al 23 de febrero, convocó a eclesiásticos, junto con expertos en medicina y bioética, para reflexionar sobre el tema «Calidad de Vida y Ética de la Salud».

En su presentación, el presidente de la academia, el obispo Elio Sgreccia, observaba que los términos «calidad de vida» y «salud» se han convertido en algo absoluto, «que se ha de perseguir hasta el punto que se diviniza la salud».

Estos términos, indicaba, reflejan una fuerte influencia de la filosofía utilitarista tan extendida en las sociedades anglófonas. Esto ha conducido a que se propague la creencia de que «los seres humanos que no poseen la deseada ‘calidad’ mínima no merecen que se les mantenga vivos – de ahí, la propuesta de parámetros eugenésicos con el fin de seleccionar a los que merecen ser aceptados o mantenidos vivos y a los que se debe abandonar o suprimir a través de la eutanasia».

Un intento de comprender lo que significa el concepto de calidad de vida fue abordado por A. Gómez-Lobo, profesor de metafísica y de filosofía moral en la Universidad de Georgetown, en Washington. La idea de que la vida se debe juzgar por su calidad nos retrotrae a los antiguos filósofos griegos, observaba.

Es un concepto que abarca diversas dimensiones de la vida, pero en el área de la salud la expectativa de una baja calidad de vida se ha convertido en una racionalización estándar para justificar la eutanasia, explicaba Gómez-Lobo. Sin embargo, proclamar que se beneficia a una persona matando a alguien con una baja calidad de vida es «profundamente malo», defendía.

Una persona que sufre de problemas de salud «está gozando todavía del bien básico de la vida, un bien que se distingue de cualquier mal que la persona pueda experimentar», afirmaba el profesor. Además, es «una presunción intolerable» para un observador externo el juzgar que la vida del paciente «no es digna de vivirse», añadía.

La prohibición de matar a la persona inocente, continuaba Gómez-Lobo, se basa en el respeto por la dignidad de la persona, «y la dignidad humana es lógicamente independiente de y no reducible a la calidad de vida de una persona porque la dignidad es una propiedad intrínseca que no admite grados». De hecho, añadía, «el que sufre y el débil nos reclaman una atención especial». Y la calidad de vida del paciente no debería afectar a esta obligación.

## **«Estado vegetativo»**

La cuestión de qué hacer con las personas que están en un estado vegetativo fue abordada por Gian Luigi Gigli y Mariarosaria Valente. Respectivamente, presidente de la Federación Mundial de Asociaciones Médicas Católicas y directora del Departamento de Neurociencias en el Hospital Santa Maria della Misericordia en Udine, Italia.

Analizando la situación actual observaban: «Se combinan la fe en el poder omnipotente

de la tecnología de que es capaz de mejorar la calidad de vida y la falta de principios morales». Esta postura tecnológica considera que toda acción es ética si es el resultado de una elección libre, y toda acción es legítima, si es socialmente útil.

En cuanto al estado vegetativo, explicaban: «Este estado todavía se ve afectado por importantes incertidumbres clínicas, que conducen a frecuentes errores de diagnóstico». Es difícil distinguir entre el estado vegetativo, y el estado vegetativo persistente, también llamado permanente. En el último caso no se espera recuperación, pero no está claro el punto de división entre ambos. Añadían que existen casos bien documentados de pacientes que han recuperado la conciencia incluso tras cumplir los criterios del estado vegetativo permanente.

Quienes defienden el así llamado derecho a morir sostienen que una vez que se diagnostica como permanente debe haber una presunción en contra de la alimentación asistida. Además, se redefine el proporcionar alimento y agua como un tratamiento médico, más que como proveer a las necesidades básicas. «Según este punto de vista, la muerte sobrevinida por deshidratación y hambre se considera muerte natural», escribían Gigli y Valente.

Sin embargo, explican, los pacientes en esta situación no mueren debido a su estado vegetativo, sino de malnutrición y fallo renal. «El resultado (la muerte) es totalmente intencionado».

Los dos explican que la comprensión de cómo hemos llegado a procurar la muerte de alguien en este estado está ligada a consideraciones sobre la calidad de vida. Con frecuencia, al medir la calidad de vida, el concepto se reduce a la habilidad para producir y ser útil. Esto trae como consecuencia, por tanto, que se considere un derroche utilizar recursos sanitarios para personas que no pueden volver a la vida productiva.

El retirar la nutrición y el agua a personas en estado vegetativo permanente puede llevar a una peligrosa actitud en la profesión médica, advertían Gigli y Valente. «El retirar la nutrición y la hidratación podría ser la llave que abriera las fuertes barreras todavía existentes que se oponen a la legalización de la eutanasia en la mayoría de los países», añadían. Asimismo, a largo plazo, el tener doctores que aceleran la muerte podría destruir la relación de confianza entre médico y paciente.

### **El recién nacido**

Otra serie de cuestiones tiene que ver con la calidad de vida de los bebés recién nacidos. Esto se trató en el trabajo presentado por Patricio Ventura-Juncá, director del Centro de Bioética de la Universidad Pontificia de Santiago de Chile.

Los bebés recién nacidos son altamente vulnerables así como absolutamente incapaces de evaluar su situación o expresar preferencias. En las últimas décadas, el cuidado neonatal ha hecho progresos enormes, explicaba Ventura-Juncá. Muchas de las funciones inmaduras de los niños nacidos prematuros pueden reemplazarse temporalmente por medios mecánicos. Pero el problema ético existente es juzgar si retirar o continuar con el tratamiento.

Explicaba que muchos padres encuentran dificultades para comprender la información médica que se les da y tomar una decisión. En general, sin embargo, los padres están

más a favor de intervenir para salvar al niño de lo que están los profesionales de la salud. En esta situación la opinión y los valores del médico a cargo tienen una gran influencia en los padres.

La situación de personas que sufren minusvalías mentales fue tratada por la profesora Wanda Poltawska, psiquiatra de la escuela de teología de la Universidad de Cracovia, Polonia. «Un ser humano es siempre un ser humano independientemente de su estado de desarrollo físico o mental», indicaba.

Las familias que soportan la carga de una persona enferma mental suelen dividirse sobre cuál es la mejor forma de afrontar este problema. Para afrontar la carga, los miembros de la familia necesitan una comprensión profunda del sentido del sufrimiento.

Para decidir qué hacer cuando se hace frente a esta situación, Poltawska indicaba: «La vida de un ser humano, su principio y su fin, están en manos del Creador – cuando tratamos de manipular la concepción humana o la muerte humana, transgredimos nuestra autoridad».

Las personas discapacitadas son un desafío para la sociedad, añadía, y se puede determinar nuestro propio valor como personas examinando nuestras actitudes hacia el enfermo, el anciano y el discapacitado.

En una carta con fecha de 19 de febrero, dirigida a monseñor Sgreccia con ocasión del congreso, Juan Pablo II llamaba la atención sobre «la cualidad esencial que distingue a toda criatura humana que es el haber sido hecha a imagen y semejanza del mismo Creador» (No. 3).

Esta dignidad y cualidad de la persona «está presente en todos los momentos de la vida, desde el mismo momento de la concepción hasta su muerte natural», indicaba el Papa. «En consecuencia, se debería reconocer y respetar a la persona humana en cualquier situación de salud, enfermedad o discapacidad».