



**Eutanasia: Licencia
para matar**

Carlos Javier Alonso (Coord.)

Ediciones Digitales, 2008

ÍNDICE

AUTORES	6
LA EUTANASIA: ARGUMENTOS QUE HACEN PENSAR	7
1. ¿Qué se entiende por eutanasia?	7
2. ¿Cuántas clases de eutanasia hay?	9
3. ¿Qué se entiende por distanasia?	10
4. ¿Qué es la ortotanasia?	11
5. ¿Qué significa “ Medicina paliativa” ?	12
6. ¿Cuáles son los principales argumentos que se emplean para promover la legalización de la eutanasia?	14
a) El derecho a la muerte digna, expresamente querida por quien padece sufrimientos atroces.	15
b) El derecho de cada cual a disponer de su propia vida, en uso de su libertad y autonomía individual.	19
c) La necesidad de regular una situación que existe de hecho. Ante el escándalo de su persistencia en la clandestinidad	23
7. Conclusiones: la Medicina ante la eutanasia	24
CÓMO REFUTAR LOS ARGUMENTOS A FAVOR DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO	27
1. Un planteamiento equivocado	27
2. El falso “derecho” a morir y el derecho a vivir	30
EUTANASIA Y DIGNIDAD DEL MORIR	35
Introducción	35
I. Las interpretaciones dominantes de la idea de dignidad cuando se habla de dignidad de la muerte	36
1. La dignidad del morir en el contexto pro-vida	36
a. La tradición religiosa.	37
b. La cultura de los derechos humanos.	39
c. La normativa ético-deontológica de la medicina.	40
d. La reflexión bioética.	40
2. La universal condena del encarnizamiento terapéutico, atentado a la dignidad del moribundo	43
3. Dignidad del morir en el contexto pro-eutanasia	44
II. La peculiar dignidad humana en el trance de la enfermedad terminal y en el proceso del morir.	48

DE LA DIGNIDAD Y EL SENTIDO DE LA VIDA AL SENTIDO Y DIGNIDAD DE LA MUERTE	53
Introducción	53
Algunas paradojas contemporáneas	53
La vida humana: dignidad y sentido	57
El sentido de la dignidad de la muerte	62
SUICIDIO ASISTIDO Y EUTANASIA	65
CONTRA LA EUTANASIA	70
DE CRUZAN A KEVORKIAN	73
MUERTE A PETICIÓN: ¿CARIDAD O CRIMEN?	79
RETIRAR EL RESPIRADOR Y OTROS MEDIOS TÉCNICOS A UN PACIENTE, ¿NO ES SIEMPRE INCORRECTO, PUES EQUIVALDRÍA A MATAR AL PACIENTE?	95
a) Sobre la moralidad de retirada de tratamientos a los pacientes.	95
Valorar intención y consecuencias	95
Valoraciones propias en cada situación	96
b) Sobre la obligatoriedad moral de instaurar tratamiento.	96
Factores a considerar	96
EUTANASIA Y ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES A PACIENTES EN ESTADO VEGETATIVO	101
Introducción	110
La lucha de Ramón Sampedro	111
La película Mar Adentro	113
Apuntes sobre la eutanasia	115
La legislación española	118
La eutanasia en el mundo	119
La tetraplejia de Ramón Sampedro	120
La visión desde la filosofía moderna de la discapacidad	122
La responsabilidad del individuo	123
Su visión sobre la tetraplejia	124
La dignidad	127
La Filosofía del Derecho	128
Conclusión	129
Bibliografía	130
ASPECTOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE MORIBUNDO	151
1. Cómo se insinúa en la sociedad la cultura de la muerte	151
Definición de Eutanasia	153
El falso dilema entre eutanasia y crueldad hacia el paciente	154
2. RECHAZO DE LA EUTANASIA	155
Evaluación teológica de la eutanasia	155
Valoración filosófica de la eutanasia	156

Valoración deontológica de la eutanasia	158
El rechazo del ensañamiento terapéutico y de la distanasia	159
Valoración crítica del Living Will	161
Criptoeutanasia y analgesia	163
Proporcionalidad de la terapia	163
Opcionalidad y no obligatoriedad de las terapias riesgosas o extraordinarias	164
Cuidados ordinarios e indicaciones sobre alimentación e hidratación	164
Cuidados paliativos	164
Verdad al paciente	165
Acompañamiento pastoral	166
Conclusión	168
Notas bibliográficas:	169
VIVIR Y MORIR CON DIGNIDAD	173
Lo que deshumaniza la muerte	173
Encarar la propia muerte	174
El trato de los otros	175
Otro modo de respetar la vida	175
Voluntad contra necesidad	176
El animal y el hombre	176
La arrogancia	177
La eutanasia no voluntaria	178
No es lo mismo muerte que muerte cerebral	181
Entre el diagnóstico médico de muerte cerebral y el significado de la muerte media un abismo	182
El caso de Erlangen y la inflación del lenguaje	186
¿Autosuficiencia?	188
¿Qué se entiende por entelequia?	190
¿Vive la madre cerebralmente muerta pero está muerto el donante de órganos con muerte cerebral?	192
Legitimidad de prolongar la vida en los muertos cerebrales	193
Legitimidad de la extracción de órganos	196
Perspectiva	200
Postscriptum	202
Notas bibliográficas:	203
LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL REAFIRMA SU OPOSICIÓN A LA EUTANASIA	209
LÉXICO BÁSICO SOBRE LA EUTANASIA	211

Autores

Alonso, Carlos Javier

Doctor en Filosofía (Universidad de Navarra), Licenciado en Filología Hispánica (Universidad de León). Profesor titular de Filosofía.

Castañeda, Adolfo J.

Coordinador Auxiliar y Director de Programas Educativos de Vida Humana Internacional.

Herranz Rodríguez, Gonzalo

Catedrático desde 1970, de Histología y Anatomía Patológica (Universidades de Oviedo y Navarra). Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de Navarra (1974-1978). Desde 1987, Profesor Ordinario de Ética Médica y Director del Departamento de Humanidades Biomédicas, Universidad de Navarra, hasta 2001. Presidente (1984 a 1995) de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España. Vicepresidente de la Comisión de Ética del Comité Permanente de los Médicos de la Comunidad Europea (1986-1988). Vicepresidente de la Federación Mundial de Médicos que respetan la Vida humana (1986-1992). Miembro del Consejo Directivo de la Academia Pontificia para la Vida (1994). Miembro del Comité Internacional de Bioética, de la UNESCO (1996).

González Barón, Manuel

Jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario La Paz. Director de la Cátedra de Oncología Médica y Medicina Paliativa de la Universidad Autónoma de Madrid.

Kass, Leon R.

Doctor en Medicina y en Bioquímica. Miembro del American Enterprise Institute.

Navarro-Valls, Rafael

Catedrático de Facultad de Derecho de la Universidad Complutense.

Nombela, César

Catedrático de Microbiología de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense.

Pardo Caballos, Antonio

Doctor en Medicina. Licenciado en Filosofía. Profesor de Bioética e Investigador del Departamento de Humanidades Biomédicas de la Universidad de Navarra.

Aquilino Polaino-Lorente

Catedrático de Psicopatología en la Universidad Complutense. Médico especialista en Psiquiatría y en Psicología Clínica. Psiquiatra en ejercicio. Licenciado en Filosofía por la Universidad de Navarra, Presidente de la Sección de Educación Especial de la Sociedad Española de Pedagogía.

Sgreccia, Leo

Presidente de la Pontificia Academia para la Vida.

Sullivan, William

Director del Instituto Católico Canadiense de Bioética.

Thomas, Hans

Doctor en Medicina. Director del Lindenthal Institut (Köln, Alemania).

La Eutanasia: argumentos que hacen pensar

Carlos Javier Alonso

A lo largo de esta exposición, trataré de aclarar la confusa terminología que se emplea en el ámbito semántico de la eutanasia y demostrar simultáneamente la escasa validez de los argumentos que se suelen aducir para defender su legalización.

1. ¿Qué se entiende por eutanasia?

La palabra “eutanasia” a lo largo de los tiempos ha significado realidades muy diferentes. Etimológicamente, eutanasia (del griego “eu”, bien, “Thánatos”, muerte) no significa otra cosa que buena muerte, bien morir, sin más.

Sin embargo, esta palabra ha adquirido desde antiguo otro sentido, algo más específico: procurar la muerte sin dolor a quienes sufren. Pero todavía este sentido es muy ambiguo, puesto que la eutanasia, así entendida, puede significar realidades no sólo diferentes, sino opuestas profundamente entre sí, como el dar muerte al recién nacido deficiente que se presume que habrá de llevar una vida disminuida, la ayuda al suicida para que consume su propósito, la eliminación del anciano que se presupone que no vive ya una vida digna, la abstención de persistir en tratamientos dolorosos o inútiles para alargar una agonía sin esperanza humana de curación del moribundo, etc.

Hoy, más estrictamente, se entiende por eutanasia el llamado homicidio por compasión, es decir, el causar la muerte de otro por piedad ante su sufrimiento o atendiendo a su deseo de morir por las razones que fuere.

Sin embargo, en el debate social acerca de la eutanasia, no siempre se toma esta palabra en el mismo sentido, e incluso a veces se prefiere, según el momento, una u otra acepción para defender tal o cual posición dialéctica. Esto produce con frecuencia la esterilidad del debate y, sobre todo, grave confusión en el común de las gentes.

Es de extrema importancia el significado de las palabras en esta materia, porque, según la significación que se dé al término

eutanasia, su práctica puede aparecer ante las gente como un crimen inhumano o como un acto de misericordiosa solidaridad. Estas diferencias tan enormes obedecen con frecuencia a la distinta manera de entender la significación de la palabra, es decir, la realidad que se quiere designar.

No se puede ignorar, sin embargo, que en el debate público también se da no pocas veces, por parte de los patrocinadores de la eutanasia, una cierta manipulación - querida o no - de las palabras, cuyo resultado es presentar ante la opinión pública la realidad de la eutanasia como algo más inocuo de lo que es (se dice “muerte dulce”, “muerte digna”), y propiciar así su aceptación social; como si no existiera, o fuera secundario, el hecho central de que *en la eutanasia un ser humano da muerte a otro, consciente y deliberadamente*, por muy presuntamente nobles o altruistas que aparezcan las motivaciones que lo animen a ejecutar tal acción y por poco llamativos que sean los medios que utilice para realizarla.

Tomada la eutanasia de esta manera, existen algunas personas y grupos partidarios de legalizarla y de darle respetabilidad social, porque interpretan que la vida humana no merece ser vivida más que en determinadas condiciones de plenitud, frente a la convicción mayoritaria que considera, por el contrario, que la vida humana es un bien superior y un derecho inalienable e indisponible, es decir, que no puede estar al albur de la decisión de otros, ni de la de uno mismo.

Llamaremos eutanasia a la actuación cuyo objeto es causar muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna. Así considerada, la eutanasia es siempre una forma de homicidio, pues implica que un hombre da muerte a otro, ya mediante un acto positivo, ya mediante la omisión de la atención y cuidado.

Se escoge esta definición porque en ella están los elementos esenciales que configuran un fenómeno complejo como es la eutanasia:

1. la muerte ha de ser el objetivo buscado, ha de estar en la intención de quien practica la eutanasia: no es eutanasia, por tanto, el aplicar un tratamiento necesario para aliviar el dolor, aunque acorte la expectativa de vida del paciente

como efecto secundario no querido, ni puede llamarse eutanasia al resultado de muerte por imprudencia o accidente;

2. puede producirse por acción (administrar sustancias tóxicas mortales) o por omisión (negarle la asistencia médica debida); ha de buscarse la muerte de otro, no la propia. No consideraremos el suicidio como forma peculiar o autónoma de eutanasia,

Los motivos son un elemento sustancial para hablar de eutanasia con propiedad.

1. puede realizarse porque la pide el que quiere morir. La ayuda o cooperación al suicidio sí la consideramos una forma de eutanasia;
2. puede realizarse para evitar sufrimientos, que pueden ser presentes o futuros, pero previsibles; o bien porque se considere que la calidad de vida de la víctima no alcanzará o no mantendrá un mínimo aceptable (deficiencias psíquicas o físicas graves, enfermedades degradantes del organismo, ancianidad avanzada, etc.).

El sentimiento subjetivo de estar eliminando el dolor o las deficiencias ajenas es elemento necesario de la eutanasia; de lo contrario estaríamos ante otras formas de homicidio.

2. ¿Cuántas clases de eutanasia hay?

Según el criterio que se emplee, hay diversas clasificaciones del fenómeno de la eutanasia que dependen también del significado que se dé al término.

Desde el punto de vista de la víctima la eutanasia puede ser *voluntaria o involuntaria*, según ser solicitada por quien quiere que le den muerte o no; *perinatal, agónica, psíquica o social*, según se aplique a recién nacidos deformes o deficientes, a enfermos terminales, a afectados de lesiones cerebrales irreversibles o a ancianos u otras personas tenidas por socialmente improductivas o gravosas, etc. Algunos hablan de *auto eutanasia* refiriéndose al suicidio, pero eso no es, propiamente, una forma de eutanasia, aunque muchos de sus patrocinadores defienden también, con arreglo a su propia lógica, el derecho al suicidio. Desde el punto de vista de quien la practica, se distingue entre eutanasia *activa y pasiva*, según provoque la muerte a otro por acción o por omisión.

Existen muchas más clasificaciones posibles y una misma acción puede, a su vez, incluirse en varias de las modalidades referidas aquí. Pero todo esto es, en el fondo, secundario, y con frecuencia contribuye a aumentar la confusión sobre la realidad del problema, en lugar de ayudar a esclarecer la cuestión. De ahí que, para poder referirnos a un concepto que admitan tanto los partidarios de la eutanasia como los defensores de la vida, la hayamos definido en los términos expuestos más arriba, sin detenernos en ulteriores divisiones o clasificaciones.

3. ¿Qué se entiende por distanasia?

La distanasia (del griego “dis”, mal, algo mal hecho, y “thánatos”, muerte) 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 aunque 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”, aunque sería más preciso denominarla “obstinación terapéutica”. Con esta denominación, o la de “ensañamiento terapéutico” - que acaso sean menos acertadas que la de “obstinación terapéutica”, que refleja mejor la intención con que se practica -, se quiere designar la actitud del médico que, ante la certeza moral que le dan sus conocimientos de que las curas o los remedios de cualquier naturaleza ya no proporcionan beneficio al enfermo y sólo sirven para prolongar su agonía inútilmente, se obstina en continuar el tratamiento y no deja que la naturaleza siga su curso.

Esta actitud es consecuencia de un exceso de celo mal fundamentado, derivado del deseo de los médicos y los profesionales de la salud en general de tratar de evitar la muerte a toda costa, sin renunciar a ningún medio, ordinario o extraordinario, proporcionado o no aunque eso haga más penosa la situación del moribundo.

En otras ocasiones cabe hablar más propiamente de ensañamiento terapéutico, cuando se utiliza a los enfermos terminales para la experimentación de tratamientos o instrumentos

nuevos. Aunque esto no sea normal en nuestros días, la historia, por desgracia, nos aporta algunos ejemplos.

En cualquier caso, la obstinación terapéutica es gravemente inmoral, pues instrumentaliza a la persona subordinando su dignidad a otros fines. Pero no es una forma de eutanasia. Refiriéndonos siempre al enfermo terminal y ante la inminencia de una muerte inevitable, médicos y enfermos deben saber que es lícito conformarse con los medios normales que la Medicina puede ofrecer, y que el rechazo de los medios excepcionales o desproporcionados no equivale al suicidio o a la omisión irresponsable de la ayuda debida a otro, sino que significa sencillamente la aceptación de la condición humana, una de cuyas características es la muerte inevitable.

Pueden darse casos concretos en que sea difícil adoptar una decisión ética y profesionalmente correcta, como sucede en otros muchos aspectos de la vida: el juez que debe decidir si alguien es culpable o inocente cuando las pruebas no son claramente taxativas; el profesor que debe optar entre aprobar o suspender a un alumno y tiene dudas razonables del acierto o desacierto de cualquiera de las opciones; el padre de familia que duda entre la severidad o la indulgencia ante un hijo con problemas, etc. En estos casos, una norma moral adecuada es prescindir de los posibles motivos egoístas de la propia decisión y aconsejarse de otros expertos para decidir prudentemente. Con estos requisitos, un médico - como un juez, un profesor o un padre - puede equivocarse, pero no cometerá un crimen.

4. ¿Qué es la ortotanasia?

Con esta palabra (del griego “orthos”, recto, y “thánatos”, muerte), se ha querido designar la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable en fase terminal. La ortotanasia estaría tan lejos de la eutanasia, en el sentido apuntado aquí, como de la distanasia u obstinación terapéutica.

Este término, reciente, no se ha consagrado más que en ciertos ambientes académicos, sin hacer fortuna en el léxico habitual de la calle; pero su sola acuñación revela la necesidad de acudir a una palabra distinta de “eutanasia” para designar precisamente la buena muerte, que es lo que se supone que tendría que significar la

eutanasia, y que sin embargo ya no significa, porque designa la otra realidad mencionada: una forma de homicidio.

Más bien habría que hablar de la desvirtuación del significado de eutanasia, que se ha debido tanto al deseo de algunos de hacer más aceptable socialmente el “homicidio por compasión” (y desde este punto de vista puede hablarse de “secuestro” de esta palabra), como a la inexistencia de un término adecuado para designar esta clase de homicidio. Esta es una de las razones por las que el aspecto terminológico es de suma importancia en toda esta cuestión.

5. ¿Qué significa “ Medicina paliativa” ?

La Medicina paliativa es una forma civilizada de entender y atender a los pacientes terminales, opuesta principalmente a los dos conceptos extremos ya aludidos: obstinación terapéutica 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 su dignidad como persona en el marco del grave sufrimiento físico y psíquico que el fin de la existencia humana 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 cuándo 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.

En las Unidades de Cuidados Paliativos, que son áreas asistenciales incluidas física y funcionalmente en los hospitales, se proporciona una atención integral al paciente terminal. Un equipo de profesionales asiste a estos enfermos en la fase final de su enfermedad, con el único objetivo de mejorar la calidad de su vida en este trance último, atendiendo todas las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales del paciente y de su familia. Todas las acciones de la Medicina paliativa van encaminadas a mantener y, en lo posible, aumentar, el sosiego del paciente y de su familia.

Las necesidades que los pacientes terminales experimentan son necesidades físicas, psíquicas, espirituales o religiosas, y sociales.

Las necesidades físicas derivan de las graves limitaciones corporales y, sobre todo, del dolor, especialmente en las muertes por cáncer, donde éste está presente en el 80 por ciento de los enfermos terminales. Con tratamientos adecuados se pueden llegar a controlar un 95 por ciento de los dolores.

Las necesidades psíquicas son evidentes. El paciente necesita sentirse seguro, necesita confiar en el equipo de profesionales que le trata, tener la seguridad de una compañía que lo apoye y no lo abandone. Necesita amar y ser amado, y tiene necesidad de ser considerado, lo que afianza su autoestima.

Las necesidades espirituales son indudables. El creyente necesita a Dios. Es una grave irresponsabilidad civil y política que la atención religiosa de los pacientes no esté claramente presente en todas las clínicas e instituciones hospitalarias.

Las necesidades sociales del paciente terminal no son menos importantes para dar sosiego al penoso trance. La enfermedad terminal produce a quien la padece y a su familia unos gastos y no pocos desajustes familiares. Toda la atención de los componentes de la unidad familiar se concentra generalmente en el miembro enfermo y, si la supervivencia se alarga, el desajuste puede ser duradero. El paciente lo ve y también lo sufre.

La Medicina paliativa no es una alternativa a la eutanasia. La Medicina paliativa es más propiamente alternativa al llamado “encarnizamiento terapéutico” u “obstinación terapéutica”. No es alternativa a la eutanasia, porque la eutanasia no es sino un grave atentado a la vida humana y a su dignidad.

Se puede decir que la Medicina paliativa ha existido siempre y ha sido ejercida tradicionalmente por los médicos, aunque no se haya considerado técnicamente como una especialidad. Sus principios están impresos en el juramento hipocrático y en la concepción histórica del ejercicio médico. Pero, ciertamente, como especialización dentro de la organización sanitaria representa una novedad, que es hacer frente a las peculiaridades del proceso de la muerte en el campo sanitario. Este proceso se ha complicado de forma extraordinaria, y exige la aparición de un nuevo médico, atento al máximo a los adelantos científicos y conocedor profundo de las necesidades del paciente terminal.

¿No puede considerarse, entonces, una forma de eutanasia el aplicar sustancias analgésicas, a sabiendas de que eso puede acortar la vida del paciente? No. Cuando el tratamiento del dolor es ya prácticamente lo único que se puede hacer por el enfermo terminal, el efecto secundario que ciertos analgésicos tengan respecto del acortamiento de la vida no puede considerarse como una forma de eutanasia, porque no se persigue el destruir esa vida, sino aliviar el dolor; y este propósito paliativo puede, ante la inminencia de la muerte, ser preferente para esperar la llegada de la muerte en las condiciones menos angustiosas.

6. ¿Cuáles son los principales argumentos que se emplean para promover la legalización de la eutanasia?

Se suele promover la legalización de la eutanasia y su aceptación social con cinco clases de argumentos:

1. El derecho a la muerte digna, expresamente querida por quien padece sufrimientos atroces;
2. El derecho de cada cual a disponer de su propia vida, en uso de su libertad y autonomía individual;
3. La necesidad de regular una situación que existe de hecho. Ante el escándalo de su persistencia en la clandestinidad;
4. El progreso que representa suprimir la vida de los deficientes psíquicos profundos o de los enfermos en fase terminal, ya que se trataría de vidas que no pueden llamarse propiamente humanas;
5. La manifestación de solidaridad social que significa la eliminación de vidas sin sentido, que constituyen una dura carga para los familiares y para la propia sociedad.

No todos los partidarios de la eutanasia comparten todos estos argumentos; pero todos, en cambio, comparten los dos primeros, y a menudo el tercero. A lo largo de esta exposición iremos refiriéndonos a cada uno de los tres primeros argumentos para examinarlos en su propio contexto.

a) El derecho a la muerte digna, expresamente querida por quien padece sufrimientos atroces.

Inevitablemente, el dolor y la muerte forman parte de la vida humana desde que nacemos en medio de los dolores de parto de nuestra madre hasta que morimos causando dolor a los que nos quieren y sufriendo por el propio proceso que lleva a la muerte. A lo largo de toda la existencia, el dolor -físico o moral- está presente de forma habitual en todas las biografías humanas: absolutamente nadie es ajeno al dolor. El producido por accidentes físicos -pequeños o grandes- es compañero del hombre en toda su vida; el dolor moral (producto de la incompreensión ajena, la frustración de nuestros deseos, la sensación de impotencia, el trato injusto, etc.) nos acompaña desde la más tierna infancia hasta los umbrales de la muerte.

El dolor -y su aspecto subjetivo, el sufrimiento- forma parte de toda vida humana y de la historia de la humanidad: así lo acreditan la experiencia personal de cada uno de nosotros y la literatura universal, en la que la experiencia del dolor es no sólo motivo de inspiración, sino objeto de reflexión constante.

La muerte es el destino inevitable de todo ser humano, una etapa en la vida de todos los seres vivos que - quiérase o no, guste o no - constituye el horizonte natural del proceso vital. La muerte es la culminación prevista de la vida, aunque incierta en cuanto a cuándo y cómo ha de producirse; y, por lo tanto, forma parte de nosotros porque nos afecta la de quienes nos rodean y porque la actitud que adoptamos ante el hecho de que hemos de morir determina en parte cómo vivimos.

El dolor y la muerte no son obstáculos para la vida, sino dimensiones o fases de ella. Obstáculo para la vida es la actitud de quien se niega a admitir la naturalidad de estos hechos constitutivos de toda vida sobre la tierra, intentando huir de ellos como si fuesen totalmente evitables, hasta el punto de convertir tal huida en valor supremo: esta negación de la propia realidad sí que puede llegar a ser causa de deshumanización y de frustración vital.

Todo ser humano huye por instinto del dolor y de cuanto cause sufrimiento, y esta actitud es adecuada a la constitución natural del hombre, que está creado para ser feliz y, por tanto, reacciona con aversión ante lo que atente a su felicidad.

El rechazo de lo doloroso, de lo que causa sufrimiento, es, en consecuencia, natural en el hombre. Y, por ello, este rechazo es justo y no censurable. Sin embargo, convertir la evitación de lo doloroso en el valor supremo que haya de inspirar toda conducta, tratar de huir del dolor a toda costa y a cualquier precio, es una actitud que acaba volviéndose contra los que la mantienen, porque supone negar de raíz una parte de la realidad del hombre, y este error puede llevar fácilmente a cometer injusticias y actos censurables por antihumanos, aunque pueda parecer superficialmente otra cosa.

Estas ideas son especialmente patentes en el caso de la agonía, de los dolores que, eventualmente, pueden preceder a la muerte. Convertir la ausencia del dolor en el criterio preferente y aun exclusivo para reconocer un pretendido carácter digno de la muerte puede llevar a legitimar homicidios - bajo el nombre de eutanasia - y a privar a la persona moribunda del efecto humanizador que el mismo dolor puede tener.

El dolor y el sufrimiento, como cualquier otra dimensión natural de toda vida humana tienen también un valor positivo si nos ayudan a comprender mejor nuestra naturaleza y sus limitaciones, si sabemos integrarlos en nuestro proceso de crecimiento y maduración. Todo hombre se hace a sí mismo durante su vida realizando las posibilidades de plenitud que están en su constitución natural, o rechazando tales posibilidades.

Es experiencia universal que el dolor no puede evitarse totalmente y que puede ser fuente de humanización personal y de solidaridad social. La persona que sufre y acepta su sufrimiento llega a ser más humana, pues comprende y hace suya una dimensión básica de la vida que ayuda a hacer más rica la personalidad. Quien a toda costa pretende huir del dolor, probablemente destruya sus posibilidades de ser feliz, pues es imposible tal fin.

La experiencia de la humanidad es que el dolor, si se admite como una dimensión de la vida contra la que se debe luchar, pero que es inevitable, es escuela que puede ayudar a que existan vidas humanas más plenas.

El dolor es inevitable en toda vida humana, pero todos tenemos la clara idea de que el hombre aspira a la felicidad. Por ello, esforzarse en mitigar el dolor es positivo, pero esta finalidad es absurda, por imposible, si erradicar el dolor se convierte en bien

absoluto ante el cual deben subordinarse el resto de los fines nobles del actuar humano. En toda vida humana se dan dimensiones o facetas que no siempre resultan congruentes entre sí en caso de pretender darles valor absoluto a cada una de ellas; todo ser humano tiene derecho a defender sus opiniones, pero si convierte este derecho en valor absoluto, probablemente acabará siendo un dictador para los demás; todo hombre ansía su bienestar, pero si pone esta dimensión de su naturaleza por encima de cualquier otra consideración, será incapaz de cualquier manifestación de generosidad, etc.

Con el dolor pasa lo mismo: luchar por mitigarlo es positivo, y el esfuerzo de la ciencia moderna en tal sentido es encomiable, pero convertir esta lucha y este esfuerzo en valor absoluto es, además de quimérico, injusto, pues obligaba a renunciar a otras dimensiones valiosas de la vida humana.

Algunas ideologías en el último siglo han considerado determinadas dimensiones parciales o relativas del ser humano como valores absolutos y, al hacerlo, han generado clamorosas injusticias: así ha sucedido con quienes han construido su visión del mundo exclusivamente sobre la raza, el color, la clase social, la nación o la ideología. Cualquier filosofía o actitud vital que convierta en absoluta una de las dimensiones o facetas de la pluriforme realidad humana, conduce a planteamientos injustos y antihumanistas, pues el humanismo exige equilibrio y una visión global, integral, del ser humano sobre la tierra.

Esto, que es evidente en las ideologías totalitarias, no aparece con tanta claridad en las actitudes actualmente proclives a ver la salud como bien absoluto y la ausencia de dolor como valor supremo del hombre, pero el fenómeno es el mismo: de estas actitudes dimana la legitimación de acciones contra quienes no responden a ese ideal absoluto de "calidad de vida": los deficientes, los enfermos, los moribundos, los ancianos, etc.

Es bueno aceptar el hecho cierto e inevitable del dolor, y también es bueno luchar por mitigarlo. Es bueno luchar por vencer a la enfermedad, y no es bueno eliminar seres humanos enfermos para que no sufran. Es bueno luchar en favor de la vida contra la muerte, y no es bueno, porque no es realista, rechazar la muerte como si se pudiera evitar. Pero no existe un catálogo de soluciones que pueda resolver todas las dudas y las perplejidades con que nos enfrentamos

ante la realidad del dolor y de la muerte. Lo mismo ocurre con muchas otras situaciones de la vida, en las que no es posible establecer normas rígidas, sino que hemos de actuar, basados en el conocimiento de los principios generales, con un criterio recto y prudente.

Es necesario saber que los motivos por los que actuamos (compasión, deseo de que seres queridos no sufran...) no pueden cambiar el fin intrínseco de nuestro actuar, que en la eutanasia es privar de la vida a otro o cooperar a que se suicide. Si los motivos prevalecieran sobre la naturaleza de los actos hasta el punto de hacer a éstos social y jurídicamente justificables, no sería posible la convivencia, pues cualquier acto, fuera el que fuese, podría quedar legitimado en virtud de los motivos íntimos de su autor. Se puede y se debe comprender y ayudar a quien obra torcidamente; también se pueden y se deben valorar las circunstancias que influyen en los actos humanos, y modifican la responsabilidad. Pero la norma general no puede decir nunca que está bien lo que está mal, por mucho que el autor de la acción crea hacer algo bueno. El fin - el motivo subjetivo - no justifica los medios - en este caso, matar -.

Quienes proponen la admisibilidad ética y jurídica de la eutanasia confunden a menudo la disposición moral íntima de las personas con lo que las leyes o la sociedad deben tener como aceptable; y confunden también las circunstancias que pueden atenuar la responsabilidad, e incluso anularla, con lo que la norma general debe disponer.

En su naturaleza última, el dolor y la muerte humanos encierran un misterio, que no es otro que el misterio del mismo ser humano puesto en esta tierra; es también el misterio de la libertad y del amor, que son realidades vivas e íntimas, aunque intangibles, y que no encuentran explicación suficiente en la física o la química.

El dolor y la muerte no son criterios aptos para medir la dignidad humana, pues ésta conviene a todos los seres humanos por el hecho de serlo; el dolor y la muerte serán dignos si son aceptados y vividos por la persona; pero no lo serán si alguien los instrumentaliza para atentar contra esa persona.

Una muerte digna no consiste sólo en la ausencia de tribulaciones externas, sino que nace de la grandeza de ánimo de quien se enfrenta a ella. Es claro que, llegado el momento supremo

de la muerte, el protagonista de este trance ha de afrontarlo en las condiciones más llevaderas posibles, tanto desde el punto de vista del dolor físico como también del sufrimiento moral. Los analgésicos y la medicina paliativa por un lado, y el consuelo moral, la compañía, el calor humano y el auxilio espiritual, por otro, son los medios que enaltecen la dignidad de la muerte de un ser humano que siempre, aun en el umbral de la muerte, conserva la misma dignidad.

b) El derecho de cada cual a disponer de su propia vida, en uso de su libertad y autonomía individual.

La Constitución española reconoce el derecho a la vida de todos los seres humanos, y el resto de las leyes, en especial el Código Penal, protegen este derecho prohibiendo todo atentado contra la vida de cualquier ser humano e imponiendo las más severas penas a quien quita la vida a otro.

No obstante, en los últimos años algunas leyes han roto el tradicional principio de protección absoluta del derecho a la vida, permitiendo, o no castigando, el atentar contra la vida de los concebidos y aún no nacidos mediante el aborto, o la destrucción de los embriones humanos creados en el laboratorio. Tales leyes sobre el aborto y las técnicas de procreación artificial han abierto una brecha en la línea coherente de protección jurídica de la vida humana, que algunos pretenden ahora a - ampliar aún más mediante la permisión de la eutanasia.

Por el contrario, también en los últimos años, se va extendiendo un consenso ético sobre la necesidad de prohibir la pena de muerte, prohibición que loablemente establece la Constitución española.

Los Estados se comprometen activamente en la defensa de la vida humana mediante muchas de sus actividades, y también a través de leyes y otras normas jurídicas. Las normas que regulan el tráfico rodado o la existencia y funcionamiento de hospitales, las instituciones como la policía o el ejército, la lucha contra las epidemias, la práctica de las profesiones sanitarias; las normas sobre seguridad en el trabajo, la regulación de la calidad de los alimentos, y mil actividades y leyes más que el Estado promueve o ampara, son otras tantas expresiones del compromiso del Estado y de la sociedad en la defensa de la vida humana y de su calidad.

Como de todos modos resulta imposible evitar que aparezcan quienes, por unos motivos u otros, se niegan a respetar el derecho a la vida de los demás, todos los países civilizados protegen también penalmente la vida humana, considerando como delito los ataques a la vida, y amenazando a quienes lo cometan con los castigos más graves que existen en cada país. En España, la ley que protege la vida humana mediante la amenaza de cárcel es el Código Penal.

El Código Penal español protege la vida humana considerando como delito toda acción voluntaria realizada por una persona para matar a otro ser humano; y estableciendo que a quien mate a otro se le impondrá la pena de privación de libertad más grave que existe en España.

Los delitos contra la vida humana que establece y castiga el Código Penal llevan distintos nombres según las circunstancias del crimen, del criminal o de la víctima: aborto, si se mata a un no nacido; infanticidio, si se mata a un recién nacido para evitar la deshonra de la madre; asesinato, si se mata a otro en circunstancias que conllevan una especial maldad (a cambio de dinero, con premeditación, con ensañamiento, etc.); parricidio, si se mata a ascendientes, descendientes o cónyuge, y homicidio, si se mata a otro sin que concorra ninguna de las circunstancias mencionadas.

Existen otros delitos previstos en el Código Penal que también pretenden proteger, entre otras cosas, a la vida humana: son, por ejemplo, el no socorrer a quien está en peligro, o prestar ayuda a otro para suicidarse, o provocar incendios o inundaciones... y otros muchos más.

Dejando ahora de lado la cuestión del aborto, que no es el tema que nos ocupa, el Código Penal protege a todo ser humano y su derecho a vivir frente a cualquiera que lo quiera matar. Da lo mismo que la víctima esté sana o enferma, sea recién nacida o anciana, útil o inútil para la sociedad, deficiente física, sensorial o psíquica, o sana. También da lo mismo que quien mata lo haga por crueldad o por compasión, por motivos ideológicos o por cualquier otra motivación: Matar a otro siempre es delito, y el que lo comete es castigado con la pena correspondiente.

Es lógico que así sea, porque todo ser humano tiene a la vida por el mero hecho de pertenecer a la especie humana, por ser uno de nosotros, con independencia de su edad, raza, grado de salud o

cualquier otra circunstancia. Este es un convencimiento básico de la humanidad, fundamento de la conciencia ética, que, gracias al progreso moral y jurídico de los hombres y las naciones, ha llegado a ser afirmado por todas las sociedades civilizadas y protegido por todos los ordenamientos jurídicos.

Nuestras leyes no mencionan el término “eutanasia” en absoluto. El Código Penal no contiene ninguna regulación especial de la eutanasia, pues considera homicidio tanto al que se comete por “compasión” o para evitar el dolor como al que se comete por cualquier otro motivo. Matar es siempre delictivo para las leyes españolas, sin que importe el motivo.

El suicidio es ilícito en nuestra legislación, como sucede en la mayoría de los países de nuestra cultura. Nuestras leyes no admiten el derecho a suicidarse. Sin embargo, el suicidio no se considera delito por obvias razones prácticas: si el que quiere quitarse la vida lo logra, ya no hay a quien castigar; y si no lo logra, amenazarle con la cárcel sólo servía para agravar sus deseos de suicidio.

Para el Derecho español, el suicidio es una conducta ilícita, y por eso se considera delito tanto la conducta de quien induce a alguien a suicidarse como la del que ayuda a otro a quitarse la vida. El artículo 409 del Código Penal establece que “el que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión menor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión mayor”.

Como puede verse, se castiga tanto la inducción y el auxilio al suicidio como el llegar a quitar la vida a quien quiere suicidarse. Esta última figura se conoce habitualmente como “homicidio-suicidio” u “homicidio consentido”, y se le impone la misma pena que al homicidio a secas, porque para nuestro Código Penal, como para la ética, matar a otro es tan reprobable si se hace con su consentimiento como sin él.

La eutanasia siempre es matar a otro, con o sin su consentimiento, por presuntos motivos de compasión o para evitarle dolores o situaciones dramáticas. Para nuestro Código Penal, la eutanasia es homicidio, y si se practica a petición de la víctima es el “homicidio-suicidio” antes mencionado. En todos los casos la pena sería la misma.

Según esto, ¿no es legítima la decisión de una persona de disponer de su propia vida? No. En la conservación de la vida humana existen a la vez intereses individuales y sociales; y ni los primeros pueden prevalecer sobre los segundos en exclusividad, ni los segundos sobre los primeros. Ningún ser humano es una realidad aislada, fuente autónoma y exclusiva de derechos y obligaciones. Todos somos solidarios por la mutua interacción entre padres e hijos, entre cada uno y el resto de la sociedad; por eso nadie tiene derecho a eliminar la vida, aun la propia. Así lo ha entendido la tradición jurídica occidental, que ha negado toda validez al consentimiento prestado para recibir la muerte, al considerar el derecho a la vida como indisponible, es decir, como un “derecho - deber”.

Por eso, en nuestro Derecho el auxilio al suicidio es delito, el homicidio consentido se castiga con la misma pena que cualquier otro homicidio, y el no evitar un suicidio pudiendo hacerlo es también delito: el delito de omisión del socorro debido. Y por las mismas razones, nuestros Tribunales han reconocido el derecho a alimentar forzosamente a quienes se ponían en peligro de muerte por huelgas de hambre, o el derecho de los médicos a salvar la vida de quienes la pusieron en riesgo al intentar suicidarse, o el derecho de los jueces a autorizar actos médicos tendentes a salvar vidas de pacientes que se niegan a recibir tratamientos normales que no implican riesgos.

El Tribunal Constitucional español ha afirmado en varias sentencias que nuestra Constitución no reconoce un derecho a acabar con la propia vida. El Tribunal Constitucional ha negado que exista un derecho a morir protegido por la Constitución, cuando se le ha planteado la legitimidad de la Administración y los Tribunales para ordenar la alimentación forzosa de terroristas encarcelados y en peligro de muerte por huelga de hambre (cfr. Sentencias 120/1990, de 27 de junio y 137/1990, de 19 de julio, entre otras).

El suicidio jamás ha sido considerado un derecho del hombre. De hecho, cuando se redactó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en las Naciones Unidas, ese pretendido derecho no se incluyó, y no fue por omisión involuntaria, ya que hubo varias propuestas de que se incorporase a la Declaración, y fueron rechazadas. Se dirá que en otro momento histórico futuro podría ocurrir al revés, y es, efectivamente, pero eso no cambiaría la

realidad profunda de las cosas. La mención de la situación actual se aduce aquí sólo como constatación de un hecho cierto.

Entonces, ¿no es coartar la libertad y la autonomía individual el negar al ser humano la capacidad de decidir cuándo y cómo quiere morir? No lo es, porque no tiene sentido contraponer el derecho a la libre autodeterminación de la persona -como expresión de su dignidad- al bien de la vida humana, puesto que la vida humana, cualquiera que sea su estado de plenitud o de deterioro, es siempre vida personal, y por lo mismo goza indisociablemente de la dignidad indivisible de la persona, realidad unitaria de cuerpo y espíritu.

Enfrentar como incompatibles, aunque sea en determinadas circunstancias, la libertad y la vida equivaldría a la contradicción de realizar, en nombre de la dignidad de la persona como sujeto libre, un acto contra la dignidad de la persona, puesto que la vida, que es un bien fundamental de la persona, goza de su misma dignidad.

En este tipo de planteamientos de la libertad y la autonomía individual se esconde la falacia de considerar la libertad como un bien desligado de toda referencia a la verdad y el bien de la persona. El pretendido derecho a acabar con su vida no es para el hombre una afirmación de su dignidad, sino el intento de negarla en su misma raíz.

El pretender que el hombre no es plenamente libre si no le está permitido decidir su propia muerte entraña un sofisma tan pueril como el afirmar que Dios no es omnipotente porque hay algo que no puede hacer: el mal, es decir, no puede ir contra Sí mismo.

c) La necesidad de regular una situación que existe de hecho. Ante el escándalo de su persistencia en la clandestinidad

Este argumento suele expresarse de este modo: existen situaciones de extrema gravedad y circunstancias dramáticas en las que unas personas dan muerte a otras por compasión ante sus sufrimientos intolerables, o bien obedeciendo al expreso deseo de quienes quieren abreviar su vida, por hallarse en la fase terminal de una enfermedad incurable. Estas prácticas existen y, al no estar legalmente reguladas, se desarrollan en la clandestinidad, con lo que se impide por completo cualquier clase de control sobre los excesos o abusos que puedan producirse. En consecuencia, hay que establecer una regulación de esos casos remite.

Este es un argumento que se repite siempre que se trata de legalizar, o de dejar impunes, algunos atentados contra la vida de los inocentes, como el aborto y la eutanasia, y no suele presentarse solo, sino que por lo general va acompañado de consideraciones en torno al “derecho a morir”, que ya hemos visto.

No es este un argumento ciertamente razonable. El hecho de que se cometan delitos -obviamente, en la clandestinidad- no es razón para que esas conductas tengan que ser legalizadas. Según esta extraña lógica, habría que regular la evasión de impuestos en los casos límite de contribuyentes que tuvieran extremas dificultades para cumplir sus deberes con el Fisco, a fin de que no defrauden en la clandestinidad.

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 hubiera.

Por otra parte, también en este tipo de argumentos nos hallamos ante la manipulación de las palabras y su significado. 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 niega la posibilidad de debatir la naturaleza misma de la eutanasia, porque 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 la realidad se solicita una norma permisiva, que es exactamente lo contrario.

7. Conclusiones: la Medicina ante la eutanasia

La eutanasia, tal y como la plantean los defensores de su legalización, afecta de lleno al mundo de la Medicina, puesto que las propuestas de sus patrocinadores siempre hacen intervenir al médico o al personal sanitario. Pero la cuestión de la eutanasia no es, propiamente hablando, un problema médico, o no tendría que serlo.

La eutanasia merece la misma calificación ética si la practica un médico o una enfermera en el técnico ambiente de un hospital

que si la practica, por otro medio cualquiera, un familiar o un amigo de la víctima. En ambos casos se trata de un hombre que da muerte a otro.

La eutanasia no es una forma de Medicina, sino una forma de homicidio; y si la practica un médico, éste estará negando la Medicina porque 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 supremo de la muerte cuando la curación no es posible. La eutanasia, por el contrario, no sólo es la renuncia a esa razón de ser, sino que consiste en la deliberada decisión de practicar justamente lo opuesto a la Medicina, ya que es dar muerte a otro, aunque sea en virtud de una presunta compasión. Cualquiera es perfectamente capaz de advertir la diferencia sustancial que existe entre ayudar a un enfermo a morir dignamente y provocarle la muerte.

La eutanasia no es una técnica, un recurso de la Medicina: la eutanasia expulsa a la Medicina, la sustituye. La eutanasia, además, precisamente por ser la negación de la Medicina, se vuelve contra el médico que la practique por dos razones: por un lado es fácil que el médico se deslice hacia una habitualidad en la práctica de la eutanasia una vez admitido el primer caso; y, por otro lado, la eutanasia acaba con la base del acto médico: la confianza del paciente en el médico.

Cuando un médico ha dado muerte a un paciente por piedad hacia él, ha dado ya un paso que tiene muy difícil retorno. Los que padecen una misma enfermedad se parecen mucho entre sí en los síntomas, las reacciones, los sufrimientos. Cuando un médico se ha sentido “apiadado” de un enfermo hasta el punto de decidir quitarle la vida para ahorrarle padecimientos, será ya relativamente fácil que experimente idéntico estado de ánimo ante otro que padezca el mismo mal; y esta circunstancia puede sobrevenir con relativa frecuencia, porque la especialización profesional impone a la práctica totalidad de los médicos la necesidad de tratar a enfermos muy semejantes unos de otros. En tal situación, las virtudes propias del médico (la no discriminación en el tratamiento a unos u otros enfermos, la previsión de dolencias o complicaciones futuras) se convierten en factores potencialmente multiplicadores de la actividad eutanásica, porque es muy difícil determinar la frontera que separa la gravedad extrema de la situación crítica, o los

padecimientos enormes de los padecimientos insoportables, sean físicos o anímicos.

Por otro lado, 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.

Si se atribuyese a los médicos el poder de practicar la eutanasia, éstos no serían ya una referencia amiga y benéfica sino, por el contrario, temida y amenazadora, como sucede ya en algunos hospitales holandeses.

La humanidad ha progresado en humanitarismo retirando a los gobernantes y los jueces el poder de decretar la muerte (abolición de la pena de muerte). Los partidarios de la eutanasia pretenden dar un paso atrás, otorgando tal poder a los médicos. De conseguir tal propósito lograrían dos retrocesos por el precio de uno: recrearían una variedad de muerte legal y degradarían, tal vez irreversiblemente, el ejercicio de la Medicina.

Cuando una persona ha llegado a tal extremo de frustración y sufrimiento que pide a gritos que le apliquen la eutanasia, ¿dónde está la solución?, ¿en reconocer lo absurdo de su vida y ponerle fin por la vía rápida para librarle de ser consciente de su tragedia y librarlos nosotros de seguir soportando semejante espectáculo?, ¿o la solución está en ayudar a los hombres a sentirse tales, teniendo un porqué que les ayude a vivir y también a morir con dignidad? Los defensores de la eutanasia olvidan que cada vida es única e irrepetible y que cualquier vida tiene todo el valor posible. Si hubiese una sola vida que no fuese importante, ninguna sería importante.

Cómo refutar los argumentos a favor de la eutanasia y el suicidio asistido

Adolfo J. Castañeda

Presentamos a continuación algunas ideas que nos podrán ayudar a refutar los principales argumentos a favor de los crímenes de la eutanasia y del suicidio asistido. Nuestro objetivo es proporcionarle al lector una visión sintética de la mentalidad antivida de la eutanasia y el suicidio asistido, sus principales argumentos, la refutación de los mismos y la visión pro vida que debe sustituir a dicha mentalidad antivida.

1. Un planteamiento equivocado

Los argumentos en pro de la eutanasia y el suicidio asistido explotan el miedo normal que todos le tenemos, no tanto a la muerte en sí, sino al sufrimiento y a la soledad ante ella. Este sufrimiento es causado muchas veces por el uso exagerado de “medios desproporcionados” de la medicina, es decir, medios que infligen cargas graves (dolores agudos, etc.) al enfermo y que son mayores que los beneficios que se suponían debían de ofrecerle. Como nadie quiere estar en esa situación, ni debe estarlo, los promotores de la eutanasia y del suicidio asistido se aprovechan de ese temor normal planteando una disyuntiva equivocada.

¿En qué consiste ese planteamiento equivocado de los promotores de la eutanasia y el suicidio asistido? Consiste en plantear dos alternativas extremas:

- 1) o le aplicamos la eutanasia al enfermo
- 2) o morirá irremediablemente lleno de dolor y sufrimiento.

Lógicamente, este argumento suscitará la aceptación de muchos que creen equivocadamente que esas son las dos únicas opciones. La razón de ello es que mucha gente cree, equivocadamente también, que lo que enseña la religión o la medicina es que debemos mantener con vida al enfermo no importa los medios que se utilicen y que el no hacerlo constituye un acto de eutanasia. Entonces concluyen que ellos están también a favor de la eutanasia.

Esto es un lamentable error. En primer lugar no es un acto de eutanasia el retirar o el negarse a proporcionar “medios desproporcionados”, siempre y cuando se respeten los legítimos deseos del enfermo. Por consiguiente no tenemos que mantener a un enfermo sufriendo grave e indefinidamente por causa del uso de unos “medios desproporcionados”. Esto implica que el planteamiento de los promotores de la eutanasia y el suicidio asistido está equivocado. Existe una tercera vía: que no es ni la de matar al enfermo por medio de la eutanasia y el suicidio asistido, ni tampoco la de dejarlo sufrir indefinidamente por causa de unos “medios desproporcionados”.

Pero, ¿qué pasa cuando el enfermo sufre dolores intensos que no son el producto de unos “medios desproporcionados”? En esos casos podemos utilizar, de forma adecuada, los analgésicos o calmantes que la auténtica medicina proporcione. Puede ser que esos analgésicos tengan como efecto colateral la aproximación de la muerte o la pérdida de la consciencia, parcial o completa. Sin embargo, aún el uso de tales calmantes puede ser lícito si se cumplen las siguientes condiciones, las cuales son muy razonables y de sentido común:

- 1) no hay otra alternativa mejor (no hay disponibles otros analgésicos que no tengan estos efectos).
- 2) no hay más nada que se pueda hacer.
- 3) se trata de un dolor grave que experimenta un paciente terminal, y
- 4) el enfermo ya cumplió o puede razonablemente cumplir con sus deberes graves: arreglar sus asuntos familiares, recibir los sacramentos, etc.

La intención aquí no es matar al enfermo por medio de fármacos para entonces aliviarle sus sufrimientos, sino la de aliviarle sus sufrimientos por medio de medicinas adecuadas, aún corriendo el riesgo de que la muerte se aproxime más rápidamente por ello o que pierda la consciencia, parcial o completamente, siempre y cuando haya graves motivos.

Muchos de los que están a favor de la eutanasia y del suicidio asistido, alegan falsamente de que este argumento sobre los analgésicos es hipócrita porque, dicen ellos, es el mismo acto de dar una medicina que en definitiva puede matar al enfermo y que lo

único que cambia es la intención nuestra. A esos tales respondemos que no se trata sólo de la buena intención, sino de proporcionar al enfermo una dosis adecuada a su dolor. Muchas veces la eutanasia ocurre cuando los médicos partidarios de ella proporcionan dosis que ellos saben matarán de seguro al enfermo. Pero cuando un médico que respeta la vida proporciona un analgésico cuya dosis está encaminada a aliviar el dolor, pero que al mismo tiempo y lamentablemente puede tener un efecto ulterior no deseado de acelerar el proceso de la muerte y hay motivos serios de por medio para proporcionar dicha medicina (los que mencionamos antes), entonces no hay ninguna razón para llamarle a ese acto “eutanasia” ni “suicidio asistido”. Está claro que no es un acto de hipocresía, sino que se hizo lo mejor que se pudo en una situación difícil. Está claro también que si el médico pro vida tuviera a su disposición un analgésico mejor, uno que no tuviera los efectos mencionados, utilizara éste y no otro. El problema muchas veces es que muchos médicos no han sido entrenados adecuadamente en el tratamiento paliativo y por eso es que se cree que no hay alternativas.

Aquí merece la pena aclarar un punto muy importante: si bien estamos obligados moralmente a nunca matar directamente a un inocente, sino a respetar su vida siempre; esto no implica que debemos mantener su vida a toda costa y con cualquier medio. Recordemos que la vida corporal es un bien muy elevado, incluso es el más fundamental, la base y condición de todos los demás, pero no es el bien más grande que existe, la vida espiritual es más importante. Puede ser que la serenidad espiritual de un enfermo terminal peligre ante la experiencia de un dolor muy intenso, entonces, con el uso adecuado de analgésicos para calmar el dolor, y no para matar, tratamos de mitigárselo, aunque se corra el riesgo (de nuevo, por graves motivos), de que se aproxime la muerte o la pérdida de la consciencia.

Resumiendo, ante el dolor de un enfermo terminal, no estamos obligados a utilizar o a mantener el uso de “medios desproporcionados”. Sí estamos obligados a proporcionarle las curas necesarias al enfermo, como el agua, la alimentación (oral o médica), las medicinas, los calmantes, la ventilación adecuada, la atención higiénica y del confort y, por encima de todo, el amor y la solidaridad. No tenemos por qué ni debemos matar al enfermo ni dejarlo sufrir indefinidamente. La eutanasia y el suicidio asistido constituyen una hipocresía y una falsa “compasión” que buscan la vía fácil, egoísta y

cómoda para resolver los problemas, en vez de sacrificarse por el enfermo y darle nuestro amor y compasión.

2. El falso “derecho” a morir y el derecho a vivir

Los que promueven la eutanasia y el suicidio asistido hablan del “derecho a morir”. En realidad todos nos vamos a morir, de manera que no hace falta inventar un “derecho” para ello, la naturaleza, queramos o no, se encargará de que nos muramos. No tenemos por qué, ni debemos apurarnos en este asunto.

Si lo que se quiere decir con “derecho a morir” es que todo ser humano tiene el derecho a morir en paz y dignidad, cuando la muerte natural le llegue, entonces no hay nada que objetar. Pero lamentablemente eso no es lo que los partidarios de estos crímenes quieren decir con el falso “derecho” a morir. Lo que ellos quieren decir es que la persona tiene el “derecho” a que le apliquen la eutanasia, el suicidio asistido o a suicidarse, incluso cuando ella lo estime conveniente. Estos activistas llegan también a decir la barbaridad de que el acto de matarse a uno mismo o de procurar la ayuda de otros para lograrlo es un “acto final de autodeterminación”, “liberación” o “muerte misericordiosa” (“mercy killing”). Todos estos términos son eufemismos, es decir, frases bonitas pero engañosas, que intentan esconder la terrible realidad que se pretende promover: la eutanasia, el suicidio asistido y el suicidio.

Pero quizás lo que más quieren ocultar los partidarios de estos crímenes es el egoísmo de los saludables para con los enfermos. Cuando una sociedad crea una mentalidad propicia a la eutanasia y al suicidio asistido, en realidad le está diciendo a los ancianos, a los enfermos terminales y a los familiares de los pacientes comatosos: “Miren, no le vamos a ayudar, no vamos a estar con ustedes para aliviarles el dolor o para ayudarles a cargar sus cargas, sino que vamos a 'ayudarles' a que se quiten del medio o vamos a hacerlo con su consentimiento o incluso sin él.”

No existe el “derecho” a quitarse la vida ni a pedir que otros nos la quiten, ni tampoco, por supuesto a quitársela a otro, aunque nos lo pida. Las súplicas de un enfermo o anciano de que lo matemos no son tanto una petición de muerte, sino un grito de desesperación de una persona en una situación vulnerable ante el dolor. ¿Vamos a abandonar a esa persona en esa situación o vamos a ayudarla a salir de ella para que recupere sus cabales y reciba el amor, la solidaridad

y la paz que necesita antes de morir de forma natural? Es una hipocresía inconcebible decir que el enfermo terminal tiene el “derecho” a decidir su destino (la muerte), cuando en realidad su situación mental (a veces causada por los que lo rodean con una mentalidad en pro de la eutanasia) es lo que lo ha llevado a ese momento de desesperación y cuando es él y no nosotros el que está pidiendo eso.

Sin embargo, independientemente de una condición de intensa vulnerabilidad psicológica, el suicidio (asistido o no) y, por supuesto, la eutanasia siempre son actos graves y nunca lícitos. Algunos objetan que por qué el “derecho” a morir por la propia mano no existe, si es la propia persona la que lo decide. Respondamos a este argumento parte por parte.

En primer lugar se trata de un argumento circular y por tanto falaz. Decir: “yo tengo el derecho a suicidarme porque yo lo decido” no prueba absolutamente nada. En el fondo implica que la decisión propia lo justifica todo, lo cual es una aberración y la destrucción, a nivel de principio, no sólo de la vida misma, sino de la convivencia social.

Pero lo peor de esta mentalidad es la concepción errada de la persona humana que está a la base de la misma. En efecto, si yo digo que es lícito matar a alguien, ayudarlo a que se mate o matarme a mí mismo porque está (o estoy) sufriendo o porque su (o mi) vida “carece de la calidad o sentido suficiente”, entonces yo estoy diciendo que la vida humana y en último caso la persona humana tiene un valor extrínseco y relativo, es decir, condicionado a la posesión de ciertas cualidades o ventajas. Estoy diciendo que la persona humana carece de una dignidad o valor intrínseco y absoluto, es decir, que no vale por el mero hecho de ser persona, sino a condición de que posea ciertas cualidades (de salud, etc.) que la sociedad considera necesarias para que merezca seguir viviendo.

Esa forma de pensar, además de inhumana y equivocada, es extremadamente peligrosa, ya que conlleva a un declive resbaloso e interminable de muerte. En efecto, los promotores de la eutanasia y del suicidio asistido comenzaron con retirarle el agua y los alimentos a los pacientes comatosos, luego promovieron la falsa “solución” de darle una inyección letal con el consentimiento de sus familiares, ahora en Holanda están matando a los pacientes terminales y a los ancianitos aún sin su consentimiento, luego continuarán eliminando

aún a aquellos que no son pacientes terminales ni pacientes graves ni ancianos. El “control de calidad” no tendrá fin.

La razón fundamental de que nadie tenga el “derecho” a matarse o ayudar a otros a hacerlo es porque todos tenemos una dignidad, es decir, un valor intrínseco y absoluto, y los valores así no se destruyen, se protegen y se aman. En realidad la base de la salud mental y del mismo amor es el valor de la persona. Si yo pierdo el sentido de mi propio valor o dignidad (la dignidad nunca se pierde, no importa en qué condición me encuentre, pero el sentido si puede perderse, aunque no debería perderse), si yo pierdo, repito, el sentido de mi propia dignidad, eso equivale a perder mi auto-estima y mi salud mental. Lo que yo necesito en ese caso es que me ayuden a recuperar ese sentido, esa autoconsciencia de mi propio valor como persona, no que me “ayuden” a liquidarme.

Si la sociedad pierde el sentido o la conciencia del valor incondicional de la persona humana, perderá también la capacidad de amar incondicionalmente, ya que el amor y el valor son realidades correlativas, no se ama lo que no se percibe como un valor. ¿Qué será entonces de nuestra sociedad, de nuestras familias, de nuestros matrimonios? Si los esposos no se aman de esa manera, si los padres no aman a sus hijos de esa manera y viceversa, si los ciudadanos no se aman o al menos no se respetan de esa manera, ¿qué pasará con las generaciones posteriores, cómo crecerán nuestros hijos, qué clase de ser humano tendremos en el futuro? Una sociedad que no es capaz de servir auténticamente (eso es amar) a sus miembros más débiles ha perdido el sentido de su propia humanidad y de lo que significa ser civilizado y se ha convertido en una sociedad caracterizada por la barbarie, una sociedad donde el hombre es el lobo del hombre, donde se pisotea ese derecho y ese deseo que está sembrado en lo más profundo del corazón de toda persona, lo admita explícitamente o no, de que lo traten como persona y no como una cosa, que lo traten como un fin en sí misma y no como un medio para otro fin.

La mentalidad en pro de la eutanasia y del suicidio asistido lleva en sí misma el germen de la destrucción social y de lo que significa ser persona, por ello debe ser denunciada y refutada por todos los medios legítimos a nuestro alcance. Pero no sólo eso, debe ser también sustituida por una mentalidad a favor de la vida y del amor, por una mentalidad a favor de la protección de los más débiles y

enfermos, por un progreso adecuado en el campo de la salud, por una mentalidad creadora de formas cada vez mejores de compasión y ternura y por un correspondiente léxico pro vida: “persona” no “vegetal”, “vida humana” no “vida sin sentido”, etc. En definitiva se trata de construir una civilización en pro de la persona y no en contra de ella.

Eutanasia y dignidad del morir

Gonzalo Herranz

Introducción

El marco que impone el título general de estas Jornadas, *Bioética y Dignidad en una Sociedad Plural*, obliga a tratar de eutanasia y dignidad del morir desde las varias y encontradas perspectivas que circulan por la sociedad éticamente fragmentada de hoy. Se me ha encomendado la tarea de referir como el concepto de dignidad se emplea en el intenso e interminable debate en torno a la eutanasia.

La tarea no es fácil. En primer lugar, porque se ha escrito mucho sobre el tema: en la base de datos Bioethicsline (hasta final de 1998) se encuentran más de tres centenares de referencias bibliográficas sobre eutanasia y dignidad. En segundo lugar, porque el vocablo dignidad ha adquirido una especial fuerza retórica en los debates sobre eutanasia o ayuda médica al suicidio, y, lógicamente, ha sido usado con propósitos persuasivos tanto por quienes las promueven, como por quienes las rechazan: qué cosa sea la dignidad del morir se ha convertido en la cuestión principal que enfrenta las contrapuestas culturas de la vida y de la muerte. En tercer lugar, porque los términos eutanasia y dignidad del morir son víctimas ellos mismos de una polisemia dura y deliberada: significan, en los distintos contextos, cosas diferentes y confusas. Así pues, a la abundancia del material disponible, se añaden la confusión léxica y la polarización dialéctica.

Y, sin embargo, estando tan ligada la equívoca idea de morir con dignidad al tipo de conducta (paliativa o eutanásica) del médico que atiende al paciente terminal y al moribundo, se comprende que, desde el punto de vista de la ética médica, estemos ante un tema capital. La profesión médica no puede eludir una seria discusión sobre la muerte y el morir en sus relaciones con la dignidad humana.

Dado que, al comienzo de nuestra reunión, se ha hecho el análisis de la noción de dignidad humana en el contexto bioético, en lo que sigue me limitaré a tratar de dos asuntos: uno es recoger, simplificando las cosas al máximo en dos posiciones polares, lo esencial de las interpretaciones que se hacen, en la sociedad plural de hoy, de la dignidad del morir; el otro es ensayar una

interpretación personal de lo peculiar que la dignidad humana adquiere en el trance de la enfermedad terminal y en el proceso del morir.

I. Las interpretaciones dominantes de la idea de dignidad cuando se habla de dignidad de la muerte

Las diversas actitudes que se dan hoy en torno a la relación entre dignidad y muerte del hombre pueden reducirse a dos posiciones polares.

La una proclama la dignidad intangible de toda vida humana, incluso en el trance del morir: todas las vidas humanas, en toda su duración, desde la concepción a la muerte natural, están dotadas de una dignidad intrínseca, objetiva, poseída por igual por todos: esa dignidad rodea de un aura de nobleza y sacralidad inamissibles todos los momentos de la vida del hombre.

La otra afirma que la vida humana es un bien precioso, dotado de una dignidad excelente, que se reparte en medida desigual entre los seres humanos, y que, en cada individuo, sufre fluctuaciones con el transcurso del tiempo, hasta el punto de que puede extinguirse y desaparecer: la dignidad consiste en calidad de vida, en fundada aspiración a la excelencia. Cuando la calidad decae por debajo de un nivel crítico, la vida pierde su dignidad y deja de ser un bien altamente estimable. Sin dignidad, la vida del hombre deja de ser verdaderamente humana y se hace dispensable: esa vida ya no es vida. Entonces, anticipar la muerte es la solución apetecible cuando la vida pierde su dignidad.

Curiosamente, las actitudes pro-vida y pro-eutanasia coinciden en un punto capital: la condena del encarnizamiento terapéutico que, además de ser mala medicina, es siempre un grave atentado a la dignidad del moribundo.

1. La dignidad del morir en el contexto pro-vida

Como se ha señalado antes, en la tradición ética del respeto a la vida, la dignidad humana es invariable: no se disminuye a causa de la enfermedad, el sufrimiento, la malformación o la demencia. Más aún, la adversidad biológica o psíquica puede ser ocasión de ulterior ennoblecimiento: como afirma Juan Pablo II, la gran dignidad del hombre se confirma de modo especial en el sufrimiento. El hombre

no vive en un paraíso de ecología amistosa. Convive con el riesgo y la penuria, en un ambiente natural, al cual está expuesto y en el cual se han de integrar su vulnerabilidad y su fortaleza, su finitud y su dignidad.

En el contexto pro-vida, la noción de dignidad en el morir recibe apoyos de la tradición religiosa, de la cultura de los derechos humanos, de la ética profesional de la medicina, de la reflexión bioética.

a. La tradición religiosa.

La tradición bíblico-cristiana proclama el respeto a la vida, afirma que la dignidad humana es compartida por igual por todos los hombres y asegura que esa dignidad no sucumbe al paso de los años ni se degrada por la enfermedad y el proceso de morir.

En esta tradición, el hombre, cada hombre, es un ser de valor y dignidad intrínsecos, un agente moral, responsable y libre, que, por ser *imago Dei*, es absolutamente resistente a la degradación ontológica. Dios, misteriosamente, nos crea a su imagen y semejanza también cuando nuestra apariencia y valor biológico quedan decaídos por la enfermedad o la malformación. Así, en el libro del Éxodo, Yahweh dice: “¿Quién ha hecho la boca del hombre? ¿Y quién le ha hecho mudo, o sordo, o vidente o ciego? Acaso no he sido Yo, el Señor?”.

Esta comprensión del hombre como imagen de Dios, aun a pesar de sus minusvalías y deficiencias, concedió una inmensa superioridad moral y una humanidad incomparable a la ley mosaica, cuando se la compara con otras legislaciones de la antigüedad. Lo distintivo de ella es que ya no es aceptable marcar como indignos a los débiles, pobres y ciegos, a las viudas y huérfanos, los esclavos y extranjeros.

Con Cristo y por su Encarnación, la humanidad queda ulteriormente dignificada, pues, con la llamada a filiación divina adoptiva, se refuerza la semejanza del hombre con Dios. No es sólo imagen de Dios: el hombre es invitado a hacerse hijo de Dios, una dignidad imposible de superar, pues ya no cabe más nobleza, más valor. El reconocimiento del valor de la debilidad humana es, en la tradición bíblica, universal, pues Dios no hace acepción de personas. Todos los miembros de la familia humana, los fuertes lo mismo que los débiles, somos de igual valor delante de Dios: todos poseemos idéntica

dignidad. “No hay más que una raza: la raza de los hijos de Dios”, dijo el Beato José María Escrivá en una síntesis que resume toda la antropología de la dignidad, una dignidad que nos viene de participar todos y cada uno, sin distinción y misteriosamente, de la filiación divina.

La Encíclica *Evangelium vitae*, resalta, sobre fuentes bíblicas, la dignidad de todo el recorrido temporal de cada vida humana: nos habla de la dignidad del niño aún no nacido y del halo de prestigio y veneración que rodea a la vejez. La suprema debilidad de Cristo en la Cruz no sólo es la plena revelación del Evangelio de la vida, sino que es justamente el momento que revela su identidad de Hijo de Dios y que manifiesta su gloria.

Conviene considerar por un momento lo que esta novedad revolucionaria supuso para el mundo de entonces, pues los movimientos modernos a favor de la eutanasia incorporan ideas, en cierto modo, neo-paganas. La medicina antigua fue ciega a la dignidad del morir. La debilidad extrema, irreversible, no parecía entonces digna de atención. La sentencia del médico ante el desahuciado “ya nada hay que hacer” se seguía en la antigüedad al pie de la letra. El médico abandonaba al incurable. En la tradición hipocrática, el médico se abstenía de proporcionar un veneno a su paciente para que este pusiera fin a su vida. Eso era todo: el médico no tenía medicinas, ni heroicas ni eutanásicas, con que socorrerle. La inutilidad terapéutica obligaba a respetar el curso natural de la enfermedad intratable. Platón resume la actitud de la medicina griega, incluida la escuela de Hipócrates, con estas palabras: *“Esculapio enseñó que la medicina era para los de naturaleza saludable que estaban sufriendo una enfermedad específica. Él les libraba de su mal y les ordenaba vivir con normalidad. Pero a aquellos cuyos cuerpos están siempre en un estado interno enfermizo, nunca les prescribía un régimen que pudiera hacer de su vida una miseria más prolongada. La medicina no era para ellos: aunque fuesen más ricos que Midas, no deberían ser tratados”*.

Esa ceguera para la debilidad como atributo específicamente humano sigue afectando hoy a gentes de mente racionalista y pragmática, a los seguidores de las filosofías de la eficiencia, el poder o la vitalidad. Sienten ante la enfermedad incapacitante o ante la proximidad de la muerte un disgusto instintivo: la vida, física o intelectualmente empobrecida, les provoca mucha desazón y una reacción de huida.

Prefieren ignorarla o extinguirla. Nietzsche llevó ese rechazo al extremo. Basado en las exigencias de la razón, el sentimiento y el instinto, hizo de la voluntad fundamental de estar sano el principio fundamental de la dignidad humana. No es difícil encontrar una fibra nietzscheana en el complejo tejido de la mentalidad pro-eutanasia de hoy. La voluntad vital y segura del instinto no incita a respetar al enfermo, a compadecerse del débil. Por el contrario, impele al desprecio, incluso a la aniquilación, pues ayudar a los débiles es propio de la moral de los esclavos.

La dignidad humana nunca fue, en la antigüedad pagana, un atributo humano universal. Había ciertamente entre los clásicos un sentido de la dignidad, pero era la dignidad del hombre excelente, virtuoso, que vivía en condiciones de desarrollar sus virtudes y sus excelencias humanas. El concepto romano de *humanitas* se empleaba para describir la dignidad de una personalidad equilibrada y educada, que se encontraba en exclusiva entre los individuos más descolantes de la aristocracia romana. La dignidad no era intrínseca, como tampoco lo eran los derechos humanos. Extensos grupos sociales carecían de ellos. La desigualdad era un rasgo natural de la sociedad. Se aceptaba como una realidad inevitable que hubiera esclavos o extranjeros, destinados a trabajos duros o degradantes, que podían ser torturados o consumidos en labores productivas o en diversiones. La plenitud física era elemento esencial de esa aristocrática dignidad humana: los enfermos crónicos, los tullidos o los deformes eran tenidos por indignos y su muerte era propiciada por la exposición y el abandono.

b. La cultura de los derechos humanos.

Conviene, sin embargo, señalar que la noción de la universal dignidad del hombre y, en particular, la del hombre moribundo, no es sólo religiosa: ha entrado a formar parte también del derecho. Y así, por ejemplo, una Recomendación de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y los moribundos invita a los gobiernos a “definir con precisión y otorgar a todos el derecho de los enfermos a la dignidad y la integridad”. La Asamblea Parlamentaria ha reforzado recientemente su postura al término de un reciente debate (junio de 1999) sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y de los moribundos, al reiterar la absoluta prohibición de la eutanasia activa y afirmar que “el deseo de morir de los pacientes terminales o

los moribundos no constituye ningún derecho legal a morir a manos de otra persona”. Es más: el respeto de la vida y de la dignidad del hombre constituye, según algunos, un derecho que ha de ser cumplido tanto más cuanto mayor es la debilidad del moribundo. En efecto, el Comité Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud, de Francia, señaló, en una declaración sobre la práctica de experimentos en pacientes en estado vegetativo crónico, que “los pacientes en estado de coma vegetativo crónico son seres humanos que tienen tanto más derecho al respeto debido a la persona humana cuanto que se encuentran en un estado de gran fragilidad”. Queda ahí expresado con precisión el concepto de la relación proporcional directa entre debilidad y dignidad: a mayor debilidad en su paciente, mayor respeto en el médico.

c. La normativa ético-deontológica de la medicina.

El precepto ético de no matar al paciente está presente e íntegramente conservado en la ética profesional del médico desde su mismo origen en el Juramento hipocrático. Un análisis comparado de las normas sobre la atención médica al paciente terminal recogidas en los códigos de ética y deontología de 39 asociaciones médicas nacionales de Europa y América, mostró la profunda unidad de la tradición común: junto a la condena unánime de la eutanasia y la ayuda médica al suicidio y del firme rechazo del encarnizamiento terapéutico, se recomiendan los cuidados paliativos de calidad como medida proporcionada a la dignidad del moribundo. Justamente, muchos códigos invocan la protección de la dignidad humana del paciente crónico o terminal como razón fundamental para el tratamiento diligente del dolor o del sufrimiento.

d. La reflexión bioética.

La argumentación a favor de la inextinguible dignidad de todo hombre y, en concreto del moribundo, ha sido objeto de estudio desde el nacimiento de la bioética. Más aún, hay que reconocer que algunas de las reflexiones más inspiradas y profundas se produjeron en los primeros años de la joven disciplina.

Una de ellas se debe a Paul Ramsey. Desconfiado de los posibles usos perversos del sintagma “morir con dignidad”, como ideal y como derecho, y desconsolado por la pérdida de dignidad humana que es toda muerte, se rebela contra la idea de que haya una dignidad

intrínseca en la muerte y el morir del hombre, pues tanto como acabamiento de la vida corporal, cuanto como fin de la vida personal, la muerte es el Enemigo: el humanismo verdadero va unido al temor de la muerte. Por ello, concluye Ramsey, es mejor aceptar la indignidad de la muerte que tratar de dignificarla, pues siempre cuidaremos mejor de los moribundos si, además de aliviarles del dolor y del sufrimiento, reconocemos que la muerte es un duelo que ningún recurso al alcance del hombre es capaz de aliviar.

La respuesta que Kass da a Ramsey, tanto por su análisis de la noción de dignidad, como por la rehabilitación de la conjunción muerte-dignidad en sus bases naturales y bíblicas, es un punto de partida esencial para comprender el sentido válido de la muerte con dignidad. Años más tarde, en 1990, ya en tiempos de vigorosa propaganda a favor de la eutanasia, Kass desarrolló ulteriormente sus ideas al analizar la conexión entre santidad de vida y dignidad del hombre y reanalizar a su luz las ideas de muerte con dignidad que pululaban ya entonces. Es necesario apreciar, mediante la lectura directa, la templada fuerza dialéctica de sus argumentos contra las pretensiones de los promotores de la eutanasia, cuando evalúa el riesgo de soberbia de la tecnología médica moderna, la tentación de poner un fin agresivo y tecnológico al fracaso de la muerte, y de la necesidad de acomodarse a convivir con la idea de mortalidad y finitud. Arguye Kass con vigor en favor de que, en presencia de la enfermedad incurable y terminal, permanece siempre un residuo de plenitud humana que, por precario que parezca, ha de ser cuidado. Si queremos oponernos a la marea creciente que, empujada por la mentalidad pro-eutanasia y la ética de la libre elección, amenaza con disolver la dignidad humana del enfermo terminal, hemos de aprender que la finitud humana no es ninguna desgracia y que la dignidad del hombre ha de ser atendida y cuidada hasta el final.

En tiempos más recientes, no han cesado de aparecer análisis y profundizaciones del concepto morir con dignidad. Son muchos los que tratan de arrebatarlo de las manos de los promotores de la eutanasia que han tratado de apropiarse de su uso en exclusiva.

Entre esos análisis, merece la pena citar dos. Sulmasy, después de concluir que la esencia de la dignidad es nada más y nada menos que la estima y el honor que los seres humanos merecen simplemente por el hecho de ser humanos, aborda el análisis de cuál pueda ser el valor y dignidad de ser mortal. Pretender prolongar siempre y a toda

costa la vida meramente biológica humana es negar la verdad de la mortalidad humana y, por ello, actuar contra la dignidad del hombre. Del mismo modo, dar muerte a un paciente, aun cuando ya esté muriendo, viene a decir que la vida de ese hombre ha perdido todo significado y valor: pero eso es actuar contra la dignidad humana, pues esta no depende de la prestancia social, la libertad o el placer, sino del hecho de ser hombre. La dignidad humana no es algo subjetivo: nadie puede incrementar, disminuir o aniquilar a capricho su propia dignidad, y tampoco puede hacerlo con la dignidad de otro. Lo mismo pasa con la enfermedad y el morir: pueden humillar, disminuir la autoestima, avergonzar e, incluso, crear un sentimiento de indignidad. Pero esos asaltos no acaban con ella, no la merman: nos perturban precisamente porque ponen en el tapete el problema de si la vida humana tiene significado y valor, tiene dignidad.

Sulmasy describe cuan diferentes en la expresión de la dignidad pueden ser las muertes de los pacientes: desde los que enfrentan el morir con valor, esperanza y amor, a los que lo hacen en el temor, la rebeldía, la desesperación o el autodesprecio. A unos y otros hay que tratar con dedicación y respeto. Es una tarea tremenda devolver a ciertos pacientes la fe en la su propia dignidad y hacerles sentir, en la situación terminal, totalmente carente a veces de estética, que su vida sigue teniendo valor y dignidad. Esa es una dura prueba para el médico y la enfermera, pero en eso consiste atender al moribundo. Como dice Sulmasy, “no habría asalto mayor a la dignidad humana ni, en último término, sufrimiento más grande que decir a uno de esos pacientes, mirándole a la cara, ‘Sí, tienes razón. Tu vida carece de sentido y de valor. Te daré muerte, si tú lo quieres’”. Los moribundos deben saber que, para sus médicos, ellos nunca pierden su dignidad humana y que continúan en posesión de todo su valor y estima: sus vidas conservan siempre una medida bien colmada de significado y dignidad.

Stolberg, tras llegar a la conclusión de que la noción de dignidad humana no puede sustentarse sólo en la capacidad de autogestión racional del kantiano, ni en la libertad que nos persuade de que no somos meras cosas del existencialista. De hacerlo, se llegaría a la pesimista conclusión de que el moribundo y el comatoso carecerían de dignidad humana. En efecto, decir que la dignidad humana puede disminuir o perderse a causa de la enfermedad y el sufrimiento equivale a decir que la dignidad humana depende de la capacidad de controlar cosas incontrolables como son el envejecimiento, la

minusvalía o la enfermedad terminal. Arguye Stolberg, analizando la relación entre dignidad e igualdad humanas, que el hombre no puede dejar de ser humano, lo que quiere decir que la dignidad es parte de su naturaleza. La idea de considerar los fenómenos naturales como degradantes o demolidores de la dignidad humana se basa en el falso dualismo que presenta como antagónicas dignidad y naturaleza, que convierte lo natural en enemigo y destructor de lo propiamente humano. Eso equivale a identificar dignidad con bienestar fisiológico o, incluso, con la integridad psíquica que hace posible el ejercicio pleno de la racionalidad, la autonomía o la autoconciencia. Pero esas cualidades están muy diferentemente repartidas en los que van a morir, por lo que no pueden ser base para la igualdad de derechos y dignidad en el trance de la muerte. Para restaurar un fundamento verdaderamente realista e indiscutible de la igualdad radical de la dignidad humana, Stolberg acude a la idea de G. Marcel de ir a buscar en la mortalidad y en la precariedad del hombre el rasero de la común condición humana. Mortalidad y precariedad que nos colocan a todos al mismo nivel de valor, en una igualdad esencial. De la confrontación con la finitud que a todos nos espera, brota la conciencia de que los hombres coincidimos y nos identificamos en las experiencias del dolor y las penas, de la enfermedad, el envejecimiento y la muerte; una experiencia que nos amalgama a todos en la experiencia de la dignidad común. Stolberg concluye que quien sostiene que esas circunstancias amenazan la dignidad humana, entendida como valor igualitario cae en la contradicción.

2. La universal condena del encarnizamiento terapéutico, atentado a la dignidad del moribundo

Apenas merece más que unas pocas líneas la referencia obligada a la condena ética que ha recibido el encarnizamiento terapéutico. La condena es universal: viene de las instancias pro-vida, lo mismo que desde las filas de los pro-eutanasia; de las organizaciones profesionales de médicos y enfermeras lo mismo que de los comités, nacionales o internacionales, de bioética. Lo notable del caso es que todas esas condenas, vengan de donde vengan, señalan que la obstinación terapéutica es un atentado a la dignidad del morir.

Nadie duda hoy de que la obstinación terapéutica constituye un error, médico y ético, muy difícil de justificar. Todos comparten la idea de que aplicar tratamientos deliberadamente inútiles cuando ya

no hay esperanza razonable de recuperación, en particular cuando provocan dolor y aislamiento, quebranta la dignidad del moribundo.

La bibliografía sobre la futilidad médica es hoy inabarcable. Se ha alimentado de la infinidad de comentarios sobre la muerte dramática de ciertos personajes públicos, de la prolífica jurisprudencia acerca de casos clínicos particularmente complejos, y de la multitud de directrices dictadas por diferentes organismos profesionales.

Basten para muestra dos testimonios sobre la conexión entre dignidad en el morir y medida terapéutica, que vienen de posiciones éticas antípodas. En un polo, la Declaración *Iura et bona*, de la Congregación para la Doctrina de la Fe, que describía sucintamente esa conexión de este modo: “Es muy importante hoy proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo. De hecho, algunos hablan de ‘derecho a morir’, expresión que no designa el derecho de procurarse o hacerse procurar la muerte a voluntad, sino el derecho a morir con serenidad, con dignidad humana y cristiana”.

En el otro polo, el crítico de la medicina, Richard Taylor, se expresaba con dureza acerada acerca del abuso terapéutico de las unidades de cuidados intensivos de los años setenta, en estos términos: “Hileras de preparados fisiológicos, conocidos también como seres humanos, yacen rodeados de un número asombroso de artilugios mecánicos [...] A través de innúmeros tubos se inyectan o se drenan líquidos de mil colores. Los respiradores artificiales impelen gases, los aparatos de diálisis rezongan, los monitores disparan sus alarmas, el oxígeno burbujea en los humectadores. Los desgraciados prisioneros de la tecnología, ajenos afortunadamente a lo que ocurre a su alrededor, a causa de los medicamentos o de la enfermedad, yacen inermes, mientras se ejecuta el ritual de profanación de su dignidad”.

3. Dignidad del morir en el contexto pro-eutanasia

No es fácil encontrar en las publicaciones de los propugnadores de la eutanasia una doctrina articulada y coherente sobre la dignidad del morir. La búsqueda en los glosarios que los movimientos pro-eutanasia mantienen en Internet es infructuosa: ni en el extenso glosario de la Sociedad Escocesa de Eutanasia Voluntaria, ni en el de ERGO, el brazo intelectual de Exit, la poderosa agrupación

norteamericana que dirige Derek Humphry, se incluye la entrada Dignidad.

El uso, por parte de los promotores de la eutanasia, de la expresión morir con dignidad tiene un propósito más oportunista y retórico que sustantivo. Aunque el morir y la muerte constituyen para muchos hombres de hoy un tabú innombrable, en la dinámica de los movimientos pro-eutanasia pierden su significado negativo y, cuando se combinan con la palabra dignidad, se transmutan en otro nuevo y aceptable. Y así resulta que muchas de las asociaciones que propugnan la despenalización de la eutanasia y de la ayuda médica al suicidio se han autodenominado con términos que combinan muerte y dignidad. Y, curiosamente, la única ley vigente en el mundo que autoriza la práctica del suicidio asistido por el médico, aprobada en el Estado de Oregón, se llama, por un manipulativo juego de palabras, la Ley de la Muerte con Dignidad.

El proyecto ideológico que subyace a la mentalidad de la muerte con dignidad o del derecho a una muerte digna consiste en la aceptación de que la dignidad humana es minada, o incluso alevosamente destruida, por el sufrimiento, la debilidad, la dependencia de otros y la enfermedad terminal. Se hace, por tanto, necesario rescatar el proceso de morir de esas situaciones degradantes mediante el recurso a la eutanasia o al suicidio ayudado por el médico.

La decisión de evitar el deterioro final de la calidad de vida y de mantener el control de sí mismo y de la propia dignidad en los días finales, es favorecida por lo peculiar de las fuentes de información sobre la muerte de que dispone la gente de hoy. Por un lado, muy pocos tienen oportunidad de presenciar una muerte sosegada. La muerte de los allegados, aparte de ser un fenómeno que cada uno tiene ocasión de presenciar muy raras veces en su vida, suele suceder hoy en el hospital, no en casa. La falta de intimidad interpersonal que ello supone se agrava por la intensa medicalización de la agonía. Por otro lado, los medios de comunicación nos atiborran de relatos e imágenes de mil formas de muertes gratuitas, violentas o torturadas. Se crea así un rechazo colectivo a la muerte, pues nadie quisiera jamás morir de ninguno de esos modos. Y ya que hay que morir, todos, en principio y por instinto, queremos hacerlo con dignidad y decorosamente, conservando la nobleza propia del hombre.

Sobre este fondo, la mentalidad pro-eutanasia construye su noción de morir con dignidad asignando al sufrimiento moral, al dolor físico,

a la incapacidad, a la dependencia de otros, a la enfermedad terminal, un valor negativo, destructor de la dignidad humana. La muerte digna es la única solución para poner término a la permanente indignidad de vivir esas vidas sobrecargadas de valores negativos, carentes de valor vital.

Vivimos también en un tiempo en el que las decisiones médicas se toman en función de la elección, activa e informada, del paciente de los tratamientos que acepta o rechaza. En consecuencia, el derecho de los pacientes a decidir, junto con el temor a verse en una agonía dolorosa y usurpadora del autocontrol, lleva a convertir un derecho el deseo de morir con el máximo de confort y dominio de las circunstancias. Se crea así el derecho a morir con dignidad.

El derecho a morir con dignidad se invoca como un derecho que garantiza la posibilidad de vivir y morir con la inherente dignidad de una persona humana, y como recurso que libera de la agonía, de la posibilidad de vivir en un estado de miseria emocional o psicológica. El decaimiento biológico, el no valerse por uno mismo y depender de otros para las acciones y funciones más comunes, son considerados, en la mentalidad de la muerte con dignidad, como razón suficiente para reclamar el derecho a morir, a fin de impedir que la dignidad humana sea socavada y arruinada por la invalidez extrema, la dependencia y el sufrimiento.

Pero, ¿se pierde realmente la dignidad humana cuando uno está muy enfermo, muy debilitado, o si no puede seguir viviendo si no es con la ayuda de otros?

En el fondo, la noción de dignidad propia de la mentalidad eutanásica es totalmente ajena al concepto de dignidad de la mentalidad pro-vida. Este tiene una base ontológica: la dignidad es intrínseca, universal, inalienable, inmune a las influencias de fortuna o de gracia, refractaria al proceso de morir. Aquella, aunque importante, es accidental. La dignidad social es una variable dependiente de numerosas circunstancias: el paso del tiempo, la posesión de dinero, influencia, prestancia física, clase o títulos; se tiene, pero puede disminuir por debajo de un valor crítico hasta llegar a perderse. Es especialmente sensible a influencias sociales y estéticas.

Ese carácter sumiso a las influencias sociales y subjetivas es la razón de que la dignidad del morir siga siendo invocada como un derecho en un tiempo en que los progresos de la medicina paliativa deberían

haber provocado el ocaso de la noción de eutanasia como liberación del dolor insoportable.

Los movimientos pro-eutanasia se han visto obligados, por ello, a dejar en segundo plano y como cosa del pasado el paradigma del matar por compasión al que sufre de modo intolerable, para tomar una dirección nueva: la de presentar la dignidad del morir como un derecho que expresa el dominio absoluto de uno sobre su propia vida, o como un signo de decoro personal. En el nuevo contexto, el enemigo no es ya la enfermedad avanzada, la cual, a través del dolor, el sufrimiento o la debilidad total de la caquexia, pone cerco a la dignidad humana: el nuevo enemigo es la pérdida de la autosuficiencia, el no poder vivir cada uno independiente de los otros, el tener que morir abdicando de la propia imagen social, hasta entonces prestigiosa y estética.

La enfermedad terminal puede herir muy duramente esa dignidad social, la imagen que uno exhibe de sí ante los otros. No es extraño, por eso, que, en años recientes, los movimientos pro-eutanasia tiendan a presentar la reivindicación del derecho a morir dignamente como la coronación del progreso ético, propio personas distinguidas, clarividentes y de ideas avanzadas, que forman una elite cultural, una minoría emancipada de prejuicios y supersticiones.

Algunas encuestas han mostrado que hay una estrecha correlación entre clase social y grado de autoestima intelectual, por un lado, y adhesión al activismo pro-eutanasia por otro. En la literatura panfletaria y en las páginas de Internet, los promotores de la eutanasia se presentan a sí mismos como la levadura en la masa, como líderes y liberadores que transformarán la sociedad. Los argumentos y los ejemplos desplegados por los promotores de la eutanasia, ordinariamente sobrecargados de retórica fuerte, siguen siendo, tanto en la sociedad como en las profesiones sanitarias, patrimonio de una minoría.

Desde instancias profesionales de la medicina, se ha señalado un riesgo grave de esta actitud elitista: el de poner en peligro, mediante una hábil manipulación de los sentimientos en favor de la eutanasia de una pequeña elite, la atención paliativa de grupos enteros de personas (ancianos, incapaces, pacientes terminales). En fin de cuentas, la mentalidad pro-eutanasia pretende obligar a la sociedad a escoger entre la muerte provocada e indolora, como pretendido medio de preservar la dignidad humana, y la atención y cuidado de

los enfermos terminales, con las vicisitudes y precariedades de la vida que se apaga.

Por ello, no es sorprendente, aunque sí reconfortante, saber que según algunas encuestas, la adhesión a la eutanasia es, en comparación con la población general, notablemente inferior (50%) entre los afectados por deficiencias funcionales, los que se sienten una carga para la familia o los que ven su vida como inútil. En Estados Unidos, el apoyo al suicidio ayudado por el médico es marcadamente más bajo entre los ancianos, los afro-americanos, los pobres y los que practican la religión.

Los activistas pro-eutanasia repiten hasta la saciedad que la opción de morir con dignidad está estrechamente vinculada al derecho a escoger el tiempo y el modo de la propia muerte según los criterios de una ética hedonista. Tal como señalaba de modo paradigmático el *Alegato a favor de la Eutanasia Beneficente*, de la Asociación Humanista Americana, cuando la vida carece de dignidad, hermosura, promesa y significado, y la muerte se retrasa con periodos interminables de agonía y degradación vital, no se puede decir que eso sea la vida de un ser humano, porque tolerar o aceptar el sufrimiento innecesario es inmoral. Por desgracia, no son pocos los médicos que, por ignorancia de los avances del tratamiento del dolor y de los cuidados paliativos, pueden convertirse en provocadores o cómplices de la petición de eutanasia.

La arrogancia elitista y la fascinación con la muerte de la mentalidad pro-eutanasia podrían, en caso de que la eutanasia alcanzara sanción legal, privar a muchos pacientes de los beneficios y dignidad de la atención paliativa, una rama humilde pero inmensamente humana de la medicina y la enfermería. Sólo se puede hablar de verdadera libertad de elección cuando la medicina paliativa es practicada con competencia y ofrecida como alternativa humanizante a todos los que la necesitan.

II. La peculiar dignidad humana en el trance de la enfermedad terminal y en el proceso del morir.

Esta segunda parte de la Ponencia se dedica a presentar algunas consideraciones sobre la dignidad humana del paciente terminal.

Los enfermos desahuciados y los moribundos se presentan como un acertijo para allegados y extraños, para médicos y enfermeras. Son

muchas veces un enigma, porque nos imponen la difícil tarea de descubrir y reconocer, bajo su apariencia decrepita, toda la dignidad de un ser humano.

Para una mirada que sólo ve las apariencias, la enfermedad terminal, tan acompañada en ocasiones de dolor, angustia y ansiedad, tiende a eclipsar la dignidad del enfermo: la oculta, incluso parece haberla destruido. Porque si, en cierto modo, la salud nos da la capacidad de alcanzar una cierta medida de plenitud humana, estar gravemente enfermo limita, de modos y en grados diferentes, esa importante dimensión de la dignidad, en cuanto nobleza, que es la capacidad de desarrollar el proyecto de hombre que cada uno de nosotros acaricia.

No es difícil para el médico cooperar a la restauración de la salud de su paciente mientras hay esperanza de alcanzarla. Pero es muy arduo hoy para muchos médicos, fuera de los que son competentes en atención paliativa, reconocer el valor de su trabajo cuando, en el trance de la enfermedad terminal y del proceso del morir, no hay ya lugar a aquella esperanza. Cuesta mucho reconocer, en el ambiente de la medicina de hoy, interesada en resultados de curación y en costos por procesos, que la enfermedad seria, incapacitante, dolorosa y, en mayor grado todavía, la enfermedad terminal, pueda tener interés. Dominados por una cultura fisiopatológica, cuesta a muchos médicos comprender que la enfermedad terminal no consiste sólo en trastornos moleculares o celulares que ya no tienen arreglo, sino también en un problema humano en el que el respeto a la dignidad del paciente impone el deber de cuidar de la dignidad de su morir.

La enfermedad terminal tampoco se limita, por encima de lo meramente biológico, a un recorrido vivencial de unas determinadas etapas que van marcando las reacciones psicológicas del enfermo ante la muerte anunciada e ineluctable, reacciones que necesitan comprensión, apoyo y acompañamiento.

La situación terminal constituye, por encima de todo eso, una amenaza a la integridad del hombre, a su dignidad personal, que pone a prueba al enfermo y a los que le atienden. Y cuando esto se comprende, los resultados no se hacen esperar. Uno de los grandes promotores de los cuidados paliativos, ese modo tan profesionalmente médico de respetar la dignidad de los que van a morir, afirmaba que, a su juicio, uno de los argumentos más fuertes contra la eutanasia es el buen uso que él había visto hacer a muchos

pacientes, y a sus familias, de los días finales de su existencia, después de que el dolor hubiera sido mitigado y antes de que llegara la muerte. Eliminar, mediante un acto de muerte compasiva, esa oportunidad dignificante equivaldría a privar a la familia y a la sociedad del valor y dignidad que se concentra justamente en el tramo final de la vida humana.

Conviene señalar que el papel de los profesionales de la salud es sopesar el valor, eficacia y proporcionalidad de los medios de que disponen, no de juzgar el valor de las vidas que les son confiadas. Y, sin embargo, algunos médicos y enfermeras, en los que ha calado profundamente una idea radical de la calidad de vida, consideran que hay vidas tan carentes de calidad y dignidad, que no son merecedoras de atención médica y que son tributarias de la muerte compasiva.

Tal actitud subvierte la tradición ética de las profesiones sanitarias, uno de cuyos elementos más fecundos y positivos, tanto del progreso de la Medicina como en el de la sociedad, consiste en comprender que los débiles son importantes, que poseen plenamente la dignidad de todo hombre. Esta idea, no es difícil intuirlo, estuvo presente en el inicio del proceso civilizador y en el nacimiento de la Medicina. Ser débil era en la tradición deontológica título suficiente para hacerse acreedor de respeto y protección. Incluso, el ser débil económicamente dejó de ser marca de discriminación para la atención médica. La socialización de la medicina constituye uno de los esfuerzos históricos de mayor porte en homenaje a la dignidad humana de todos. Y hoy, sin embargo, ese esfuerzo parece afectado de una intensa fatiga ética y se habla abiertamente de reducir los costos, ciertamente gigantescos, de la atención de salud. Se está hablando abiertamente de racionar la atención médica y de estratificar los cuidados, no según su coeficiente de beneficio/costo, sino según las condiciones socio-económicas (edad, capacidad de pagar, estado de salud) de los pacientes. Se introduce así una discriminación que afecta a lo más medular de las relaciones entre médicos y paciente: estos ya no están investidos de la única y suprema dignidad del hombre, sino que pueden distinguirse en diversas categorías: los débiles serán discriminados.

La Medicina corre así el riesgo de convertirse en un instrumento de ingeniería social. Pero esa es una idea totalmente extraña a la ética de la atención de salud. Lo específico de médicos y enfermeras es

ayudar, con su conocimiento y habilidades, a los enfermos y débiles, a seres humanos que viven la crisis de estar perdiendo su vigor físico, sus facultades mentales, su vida. El respeto por la dignidad del hombre, toma en Medicina, una forma peculiar y específica: el respeto a la vida debilitada. En la Medicina paliativa, el respeto a la vida está condicionado de forma casi constante por la presencia de la vulnerabilidad esencial, por la fragilidad extrema del hombre, por el reconocimiento de lo inevitable y próximo de la muerte. El respeto ético de médicos y enfermeras que administran cuidados paliativos es respeto a la vida declinante; su trabajo consiste en cuidar de gentes en el grado extremo de debilidad.

Res sacra miser. Con esta denominación de origen cristiano-estoico, recuperada por Vogelsanger, se expresa de modo magnífico la especial situación de la humanidad del enfermo en el campo de tensiones de la enfermedad terminal. Traduce de maravilla la coexistencia de lo sagrado e indeclinablemente digno de toda vida humana con la miseria causada por la enfermedad. Cuando al enfermo se le considera a esta luz, como algo a la vez digno y miserable, podemos reconocer su condición a la vez inviolable y necesitada. Este es el fundamento ético de la atención terminal que se debe a todo paciente, la justificación moral de los cuidados paliativos.

De la dignidad y el sentido de la vida al sentido y dignidad de la muerte

Aquilino Polaino

Introducción

Es como si nadie quisiera estar donde está, como si nadie estuviera seguro de aceptarse a sí mismo en su ser natural. Acaso por eso se ha iniciado la moda del transformismo biológico, una vez que ya se ha rebasado el transformismo socio-cultural y psicológico.

Nuestro tiempo, acaso no sea mejor ni peor que otros tiempos pero, a lo que parece, sí que es un tiempo de confusión, aunque no se atrevería el autor de estas líneas a afirmar si la confusión hoy vigente es mayor o menor que en otras épocas de la historia. En todo caso, se me concederá que, sea o no por ese confusionismo que acabo de apuntar, muchos hombres de hoy viven en una continua paradoja.

Podría poner muchos ejemplos —ejemplos trágicos y desgarrados muchos de ellos; en otros casos tragicómicos o, sencillamente, estúpidos— de las contradicciones que hoy anidan en la intimidad del hombre. En esta colaboración me limitaré a señalar una sola de ellas, pues, aunque tal vez no sea la más importante, sí es al menos una de las más relevantes para el hombre, por cuanto que afecta profundamente a la vida humana. Me refiero concreta, simple y llanamente, a la vida humana.

Hay muchos términos que manifiestan la preocupación contradictoria acerca del vivir del hombre. El término “dignidad” está hoy en la boca de muchos, acaso de demasiados, cuando se refiere a la vida del hombre.

Algunas paradojas contemporáneas

Hoy, como ayer, la vida parece importar más que la muerte. El hombre anda azacanedo procurando implementar la dignidad de su vida, mientras que vuelve sus espaldas desentendiéndose de la muerte. Pero las cosas no son tan sencillas como aquí se dibujan. La

vida y la muerte resumen la complejidad de la persona humana y, en consecuencia, ellas mismas son cuestiones que no pueden dejar de ser complejas. De ahí que en nuestro horizonte cultural los hombres se posicionen frente a estas cuestiones a lo largo de un amplísimo espectro, albergando en ocasiones actitudes contradictorias.

Estas contradicciones salpican tanto el concepto de la vida como el de la muerte.

De ordinario el énfasis se pone hoy sobre la vida. Pero ello no supone que la vida sea considerada como el valor supremo, como lo absoluto. Frente a la vida-valor, se alza simultáneamente en algunos la vida-temor. Lo diré sin ningún eufemismo: hoy se tiene miedo a la vida, a pesar de que se considere como un valor. Asistimos así a la presencia de un “valor temeroso”: he aquí la contradicción.

Respecto de la muerte —excluida tantas veces de nuestro horizonte cultural, escamoteada a nuestra vista y denostada siempre— el hombre hoy ha tomado una actitud huidiza, fugitiva, en una palabra, de evitación. Simultáneamente que esto sucede, el problema se intelectualiza: nunca hasta hoy hemos dispuesto de más publicaciones periódicas —aunque todas inmersas en un marco que intenta ser científico— en torno a la muerte del hombre. Es como si tras intentar sumergir la cuestión, excluyéndola de nuestro entorno, ésta reflatara haciéndose presente a un nivel más científico, pero también más sofisticado y maquillado.

La ambivalencia axiológica ante la vida remite a la ambivalencia axiológica ante la muerte.

Surgen así una montaña de contradicciones, muy difíciles de justificar. Pondré a continuación algunos ejemplos.

A la tercera edad —¿podremos hablar pronto de una cuarta edad?— hoy se la margina y denigra con excesiva frecuencia. Los viejos de hoy son un estorbo para los actuales jóvenes. La gerontofobia está servida en nuestra actual sociedad. El lenguaje coloquial es un buen exponente de esta fobia: términos como “palmera”, “retablo”, “carcamal”, etc., son ahora moneda corriente en el uso coloquial del lenguaje de las más jóvenes. El anciano es un inútil que consume lo que no produce, que vive a expensas de los hercúleos esfuerzos de los más jóvenes. Pero esto plantea un problema, frente al que alguna de las soluciones ofrecidas, se vislumbran como radicalmente

antihumanas: la eutanasia. Un viejo cuesta cuatro veces más caro a la Seguridad Social, que un joven. Habida cuenta de la escasa natalidad hoy imperante ¿quién pagará mañana?, ¿quién continuará trabajando para seguir generando los medios necesarios que hacen posible y digna la continuidad de la vida de los menos jóvenes?

Junto al descrédito de la tercera edad, desde nuestra actual sociedad, también hay voces que se alzan en alabanzas de esa edad dorada. Hoy se exalta también -aunque menos intensamente de lo que se detesta- a la tercera edad, a esa edad de la postmadurez. Se dice que esta es la edad dorada del hombre, que el anciano gana en sabiduría lo que ha perdido en vigor; que si la vejez tiene sus achaques, también tiene sus experiencias acumuladas con las que hacer frente a aquellos . Algunos de nuestros jóvenes, al menos, se comportan como si estuviesen de acuerdo con el contenido de aquellos versos de Víctor Hugo: "se ve la llama en los ojos de los jóvenes, pero en el ojo del viejo se ve la luz".

Ello no obsta para que bastantes hijos ingresen a sus ancianos padres en los hospitales de la Seguridad Social durante los fines de semana, de modo que puedan sentirse liberados de éstos. Es fácil encontrar una excusa para el ingreso: ya se sabe, puestos a buscar, en un anciano algo falla siempre. Pero el supuesto fallo, aunque objetivamente, difícilmente justificará el ingreso. El fallo está más bien y únicamente en los propios hijos, quienes amenazan al médico de guardia capitalizando el potencial, aunque improbable, fallo en el organismo de sus progenitores. De este modo, si una vez negado el ingreso, a su padre le pasara algo, el médico que se negó a ingresarlo, y sólo él, sería el único responsable.

He aquí la paradoja y la contradicción de las más jóvenes respecto de la vida de los menos jóvenes, de quienes aquellos proceden.

Frente a la muerte las actitudes de muchos ciudadanos de hoy son también contradictorias: mientras unos están decididamente a favor de la eutanasia (de eso que con eufemismo se ha dado en llamar "morir con dignidad"), otros propician un ensañamiento terapéutico con los que, hágase lo que se haga, indefectiblemente han de morir. Mientras unos hacen la apología de la eutanasia y del suicidio, otros parecen apostar por la perpetuación de la vida humana, más allá de lo que sería debido y natural.

Algo parecido, sólo que más penoso y lamentable, es lo que sucede respecto de la vida de los que están llamados a nacer. Mientras la masacre del aborto se extiende y se fomenta, otros rodean al recién nacido, al niño, al joven, de numerosos medios, de muchos más medios de los que en realidad necesitan. Para los primeros el niño todavía no nacido es un agresor que viene a impedir la felicidad hedonista de la pareja; para los segundos, el recién nacido, a lo largo de todo su desarrollo, es el nuevo tirano al que hay que rendir pleitesía y al que todo debe someterse sin discusión alguna. En otras ocasiones se impide el nacimiento de una nueva vida humana, mientras que ocupa su lugar cualquier animal doméstico, que siempre es menos costoso y comprometido, e igualmente un “buen compañero”, un buen “remedio” para la soledad. He aquí una contradicción más, esta vez centrada sobre la vida.

Es como si nadie quisiera estar donde está, como si nadie estuviera seguro de aceptarse a sí mismo en su ser natural. Acaso por eso se ha iniciado la moda del transformismo biológico, una vez que ya se ha rebasado el transformismo socio-cultural y psicológico. Hay personas que amparándose en los recursos quirúrgicos -hoy tan poderosos que casi se confunden con la ciencia-ficción-, se han sometido a varias y cruentas intervenciones, con tal de cambiar de sexo, para quizá un poco después intentar “regresar”, quirúrgicamente, a su sexo inicial. En un tono menor y epidérmico es lo que sucede con el color de la piel. Mientras que muchas mujeres blancas ofrecen su cuerpo al sol a fin de broncearlo —aunque ello tenga sus riesgos como, por ejemplo, las quemaduras, el cáncer de piel o las encefalitis por insolación—, otras —de raza negra— no dudan en emplear pomadas de cortisona para “blanquear” la superficie de su organismo, a pesar de que los efectos del “blanqueador” puedan resultar nefastos para su salud.

La ambivalencia calorimétrica abre aquí una pugna entre “bronceadores” y “blanqueadores”, mientras el sujeto que habita bajo esa piel persiste en su disconformidad con el color de aquella.

¿Tienen sentido estos comportamientos? ¿Es acaso más digna una vida que se extingue voluntariamente antes de que llegue su hora, una piel que se muda de color, una vida que la frustran irreversiblemente cuando apenas se esforzaba por emerger a nuestro mundo? ¿Cuál es el sentido de todo esto? ¿Tiene sentido la pregunta acerca del sentido de lo que hacemos?

La vida humana: dignidad y sentido

El sentido de la vida guarda inexorablemente una íntima relación con el fin último del hombre y, por ello, con el principio de cada vida humana. Este fin último de cada vida personal es donde converge, en última instancia, todo el sentido, cualquier sentido de la vida humana. Por eso quien lo desconozca difícilmente podrá abrirse paso por entre el enmarañado y proteico mundo de las mil y una circunstancias —no siempre coherentes— que antes o después se concitan en la existencia personal de cada hombre.

La vida humana es, desde luego, un bien, y, sin discusión alguna, uno de los mayores bienes posibles, pero no es en sí misma un bien absoluto. La vida humana es un bien parcial para un bien absoluto, un bien para un Bien. El bien en que consiste la vida humana va más lejos de sí mismo; es únicamente un bien que nos ha sido dado para alcanzar, a su través, el Bien absoluto. En consecuencia, el bien en que consiste la vida naturalmente no se repliega en sí mismo, no es hermético, no es un bien cerrado, sino abierto. La vida humana vale tanto como el encaminamiento a lo que ella no es y, sin embargo, debe ser y puede llegar a ser. Desde esta perspectiva podría afirmarse que en tanto que la vida humana no es el bien absoluto, significa un bien relativo. Comparada al bien absoluto al que propende, esta afirmación, qué duda cabe, puede aceptarse; sin embargo, en tanto que sin vida se hace metafísicamente imposible el encaminamiento hacia el bien absoluto -puesto que la nada no puede propender hacia la nada- resulta válida la afirmación, no obstante, de que la vida humana es el mayor de los bienes posibles que pueden ser regalados al hombre. Pero, no se olvide, que ella misma, aún siendo el mayor de los bienes posibles, no es el bien absoluto.

Este bien para el Bien, en que consiste el sentido de la vida humana, explana otra rica significación: la vida humana es una perfección perfectible. Es una perfección porque en el orden del ser, el “ser” es la mayor de las perfecciones. Pero es una perfección que todavía no es perfecta, que mientras el sujeto hace camino al andar, se inscribe en el “aún no” de la perfección final.

Es perfectible porque en el trascurso de la existencia puede ir optimizando y satisfaciendo, en una palabra, logrando, lo que todavía ella no es y, sin embargo, está llamada vocacionalmente a ser.

Esta consideración imprime al sentido de la vida una urgida propositividad. De ahí que el sentido de la vida no se agote en una pasividad anhelante del bien al que el ser se siente llamado, sino que le estimula a aplicar sus mejores energías, sus decididos esfuerzos para culminar en sí (aunque no para sí) la perfección a la que está llamado.

Esto significa que aunque el hombre es, no obstante, no está hecho. Tampoco puede hacerse a sí mismo desde la nada. El hombre en parte tiene que hacerse y en parte ya está hecho. Más aún, en la medida en que parcialmente está hecho (tiene una naturaleza determinada en que consiste), tiene la obligación de completar, de llevar a término, de acabar su hechura personal, es decir, está llamado a conquistar el mayor grado de perfección posible, desde la perfección inicial y potencial que tiene por naturaleza.

Pero esa perfección a alcanzar con el decurso de la vida no es una perfección para sí, sino una perfección para los otros. Y esto porque ningún hombre se ha dado a sí mismo la vida; y si la tiene y no se la ha dado a sí mismo, necesariamente ha de considerarse deudor de ella; una deuda ésta superior a cualquier otra, una deuda que en último término es ontológica. De ahí, esa necesidad apremiante y urgida de, en justa correspondencia, poner a trabajar todo lo que de bueno hay en uno mismo, al servicio de los demás. No es con ellos se satisface la deuda, pero al menos ésta se amengua y se reviste con la plenitud del sentido, mientras se acrece la dignidad personal y se satisface la necesidad de sentido de la existencia.

El sentido de la vida se oscurece y enajena, se retuerce y tergiversa, cuando el hombre se olvida de su deuda ontológica, cuando intenta satisfacer el sentido de su vida con la almoneda del hedonismo, cuando acaso busque la perfección, pero una perfección que es únicamente para sí y sin los otros. Entonces la vida humana se entenebrece sin lograr abrirse paso en la oscuridad. No, el sentido de la vida humana no puede lograrse en el replegamiento hermético del narcisismo que se hurta a todo lo que suponga un esfuerzo al servicio de los demás. En la medida en que el hombre intenta “ahorrar” su vida (ahorrarse a sí mismo), se descapitaliza y empobrece, se esfuma su razón de ser, a pesar de que intente levantarse una y otra vez sobre el barro de su desesperación personal. Pues, como escribe Tagore, “la vida se da para merecerla y se merece dándola”.

Cada vez son más abundantes las personas que se quejan de no encontrar sentido para su vida. El hombre contemporáneo tiene muchas de las cosas que siempre soñó, pero acaso no se tenga a sí mismo, lo que constituye su máxima indigencia y pobreza. Y no se tiene a sí mismo porque no ha conseguido alcanzar a comprender cuál es el sentido de su vida. Sin éste, poco importa que tenga pocas o muchas cosas, que satisfaga -siempre parcialmente- más no menos deseos; todo ello es irrelevante cuando se ignora lo que más se anhela: un sentido por el que vivir. Decía Kant que “cuando se tiene un porqué para vivir se soporta cualquier cómo”. El hombre de hoy tal vez tenga todos los posibles “cómo” vivir, instalado confortablemente como está; pero le falta lo fundamental: un “porqué” para su vida. De ahí el estado perenne de frustración en que se encuentra y la perpetuación de la insatisfacción que aquella genera.

La donación gratuita que supone “el bien para el Bien”, en que consiste la vida, hace que ésta tenga un carácter indeleble y fundamentalmente oferente. El hombre hace mal cuando se niega a pasar gratuitamente —tal y como lo recibió— el testigo de la vida. Lo que se le dio gratuitamente, gratuitamente debe ofrecerse. Por eso resulta difícil de entender esa autoliquidación en que consiste la cerrazón del hombre contemporáneo a seguir transmitiendo la vida humana.

Asistimos aquí a una de las cumbres más altas de la autofrustración y desvitalización de la vida. Autofrustración, porque se usa la vida en contra de la vida. Desvitalización, porque al hacer uso así de la vida, ésta ni siquiera se trasciende biológicamente a sí misma.

Esta decisión, por muy extendida que esté, no deja de ser una solemne estupidez, una especie de extrañamiento, de enajenación, que de no ser ignorante es negligible y, por consiguiente, responsable y punible.

¿Cómo superar entonces la indignidad de una existencia estéril que desvitalizándose continúa obstinadamente replegándose en sí misma? En realidad resulta muy difícil contestar a este interrogante para el que no tenemos ninguna razón explicativa. En este punto, rozamos el misterio insondable de la vida humana.

Es posible que la ignorancia del hombre —voluntaria e involuntariamente— esté detrás de este misterio. Esta ignorancia es

la que se teje y desteje cada día, confundiendo casi siempre la identidad personal. En realidad, el sentido de la vida es el norte, el punto guía por excelencia para vertebrar la identidad personal. Sin él, ésta resulta una tarea imposible. Si el hombre desconoce su último fin —el Bien absoluto al que propende desde el bien parcial en que consiste—, difícilmente podrá hacerse cargo de su identidad personal. Quien se ignora a sí propio difícilmente atinará en el encaminamiento hacia su propia perfección. Antes al contrario, andará a tientas y a ciegas, con pasos vacilantes, hacia no se sabe dónde, mientras su perfección inicial se arruina. La asistencia psiquiátrica de cada día prueba suficientemente, en muchas ocasiones, cuanto aquí se dice.

Una trayectoria biográfica, en la que no se ha definido la meta, el fin, poco importa que se recorra rápidamente o lentamente, lo que es seguro es que llegará inevitablemente a ningún lugar. Pero no se piense que el lamentable resultado aparece sólo al término del camino. En cada hito, en cada revuelta del camino, el sujeto sentirá el zarpazo de no saber hacia dónde se dirige, de ignorarse a sí mismo. ¿Tiene, entonces, algo de particular que las llamadas crisis de identidad sean hoy tan frecuentes? ¿Es justo y lógico que una vida así vivida reclame para sí el título de la dignidad? ¿Nos pasmaremos acaso si el sujeto que recorre una trayectoria biográfica como la anteriormente descrita manifiesta una patología incluso somática?

No, en realidad no podemos entañarnos de la aparición de esas manifestaciones patológicas. Pues como escribió Weizsaecker, *Nichts organisches hat keinen Sinn; nichts psychisches hat keinen Leib*, nada orgánico carece de sentido: nada psíquico carece de cuerpo. Y si el hombre no tiene en sí el sentido de su vida, su cuerpo tampoco tendrá sentido.

La angustia metafísica es una de las consecuencias principales que se derivan de esta inconsistencia de la conducta.

Hoy el progreso de la técnica se ha incrementado, al mismo tiempo que se intensificaba la regresión de los valores. Nada de particular tiene entonces que la persona humana, hastiada de la vieja retórica, gire sobre sí misma sin acertar a encontrar la puerta que buscaba. Hoy, lo heroico no está de moda, sino que más bien se rechaza. Precisamente por eso se detesta el esfuerzo y la aventura que supone la búsqueda de la perfección personal. Para buscar la

perfección, hay primero que creer en ella. Y no se creará en ella si simultáneamente no se cree, en cierto modo, en uno mismo, es decir, si echadas las cuentas sobre los recursos de que se dispone (tanto los actualmente disponibles como los que pueden lograr pidiéndolos), uno juzga a éstos insuficientes para alcanzar la meta deseada y alzarse a sí mismo con el premio de la victoria.

Acaso por miedo al desengaño —o por la impotencia que genera no creer en nada, ni siquiera en sí mismo—, el hombre contemporáneo rechaza todo riesgo, rechaza lo heroico, mientras se autosatisface con la épica mediocridad. Triste autosatisfacción ésta, por cuanto que además de ser siempre insatisfactoria, frustra y degrada lo mejor que hay en cada hombre. La instalación en la aurea mediocritas del hombre contemporáneo es hoy un hecho frecuente. Quienes así piensan ignoran que su historia personal se prolonga, se autotrasciende en la eternidad. Y que si en esta andadura biográfica se conforman con la mediocridad, la prolongación de ésta, en el mejor de los casos, también ha de ser mediocre.

Algunos de los que neciamente hacen gala de no creer en nada, sin embargo, no parecen tener inconveniente en creer firmemente en el mito del progreso científico. El materialismo vital en que se han acunado, les empuja con naturalidad y sencillez hacia esa opción lamentable,. Pero esa opción es posible precisamente gracias a que el hombre es algo más, bastante más, que pura materia. Dicho de otra forma, los hombres pueden optar por el materialismo, precisamente porque ellos mismos son transmateriales.

De una opción como la anterior difícilmente podrá surgir el sentido de la vida. El auténtico progreso no es tecnológico, ni material, sino humano. Gracias precisamente a éste, es posible aquél. Pero ya habíamos convenido anteriormente que sin haber logrado dilucidar cuál es el sentido de la vida personal resulta muy difícil, si es que no imposible, cualquier progreso. Y si el hombre, cada hombre, no progresa él mismo, más tarde o más temprano acabará por agotarse y desvanecerse el progreso material y tecnológico por el que el hombre había optado. Desgraciadamente tenemos hoy suficientes ejemplos a nuestro alrededor que prueban lo que estoy diciendo. La energía atómica, por poner un ejemplo, constituye, qué duda cabe, un buen tópico del progreso material alcanzado. Pero la energía atómica sin el progreso del hombre, de cada hombre, puede acabar por aniquilar al hombre mismo, a todos los hombres.

Es fácil dejarse sugestionar por el avance científico y por la tecnología que materialmente lo ha hecho posible, mientras se deja fuera de foco al hombre que hizo posible a ambos. La insuficiencia de la ciencia natural —escribe Weizsaecker— no estriba en lo que afirma, sino en lo que silencia. Y aquí el gran silencio, el sujeto más silencioso de todos es precisamente el hombre. No, a través de actitudes admirativas e idólatras hacia el progreso tecnológico el hombre jamás alcanzará un sentido para su vida.

El hombre se autotrasciende en el amor al hombre, porque en cada hombre se trasluce algo transhumano, que no por estar más allá de la naturaleza humana es impropio de ésta. Dicho con otras palabras: en todo hombre hay un plus sobreañadido, un carácter indeleble de además que le trasciende y en el que se trasciende. Misteriosamente el hombre es más que el hombre. En la medida que el hombre descubre la trascendencia humana, en esa medida alcanza un sentido para su vivir. Es en la trascendencia —sea la suya o la de otros hombres— donde el hombre descubre la naturaleza de su ser, de un ser permanentemente abierto que reclama contemplar su perfección; una perfección ésta que desbordándose acaba siempre por derramarse en los otros hombres.

Ahí, y sólo ahí, es donde puede encontrar la dignidad y el sentido para su existencia.

El sentido de la dignidad de la muerte

Hemos visto, líneas atrás, la dignidad del sentido de la vida; corresponde ahora afrontar cuál es el sentido de la dignidad de la muerte. En realidad, lo primero reconduce a lo segundo y la consideración de este último contribuye a explicar más satisfactoriamente lo primero.

La dignidad de la muerte —“el derecho a una muerte digna”, que dicen algunos— no consiste en evitar al hombre, a cualquier precio, todo sufrimiento. El sufrimiento humano no es algo en sí mismo maldito, como algunos piensan. El sufrimiento humano también tiene sentido; más aún, parte de este sentido es lo que ayuda a encontrar el sentido de la vida. La muerte del hombre, puede ser digna o indigna, indistintamente que sea dolorosa o indolora. La presencia mayor o menor de dolor o su ausencia no constituye un criterio que discrimine entre muertes dignas o indignas.

La concepción hoy muy extendida de que la muerte dolorosa es sinónima de muerte indigna, no solamente constituye un grosero error antropológico, sino que al mismo tiempo desvela el sin sentido que ha guiado a muchas trayectorias biográficas.

Una actitud así lo que traduce es sencillamente la algofobia social, el temor al dolor. Pero el temor al dolor precisamente desvela un cierto dolor: el que denuncia el falso extremo por el que se había optado (el placer).

Es cierto —y los médicos lo sabemos muy bien— que hay que luchar contra el dolor; pero no es menos cierto que éste no es la suma de todos los males posibles sin mezcla de bien alguno. Entre otras cosas porque el dolor humano no es algo antinatural, sino que contrariamente es algo que se inscribe y caracteriza a la naturaleza humana.

Centrar la cuestión de la dignidad de la muerte exclusivamente en el criterio alguedónico significa, entre otras cosas, trivializar el mismo hecho de la muerte humana. El dolor, aún con ser muy importante es algo sensorial, y en tanto que sensorial, periférico (aunque también hay dolores de tipo central) y difícilmente podría agotar por sí sólo todo el rico significado que se alberga en la muerte de cada hombre. Por eso, definir la eutanasia con el eufemismo del “derecho a una muerte digna” no deja de ser otra cosa que eso: un eufemismo.

Este error manifiesta mejor que ningún otro la opción que la sociedad de nuestro tiempo ha hecho por el hedonismo. Quiere esto decir que se ha optado por considerar al placer como el sentido de la vida humana. De ahí que su ausencia, es decir, el dolor, constituya una indignidad, algo ignominioso que humilla y degrada al hombre. Pero, contrariamente a como algunos piensan hoy, el dolor está repleto de sentido, siendo un ingrediente que plenifica y autentiza la vida del hombre. No debo penetrar aquí en este problema, del que ya me he ocupado en otras ocasiones, pero vaya por delante la afirmación de que el dolor humano también tiene su sentido.

Suicidio asistido y eutanasia

Manuel González Barón

Cada vez con mayor frecuencia, oímos hablar en los medios de comunicación sobre suicidio asistido, eutanasia, muerte digna...; y no pocas veces se advierte una notable confusión en quienes utilizan esos términos. Esa confusión “contamina” después necesariamente las encuestas que se hacen sobre estas cuestiones. Puede tener cierto interés, por tanto, empezar clarificando algunos conceptos.

La Asociación Médica Mundial, en 1987 definió la eutanasia como *“acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente”*. Más explícita y completa me parece la definición que dio la Sociedad Española de Cuidados Paliativos en el año 2002: *“conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico.”* ¿Cuál es la diferencia entre la eutanasia y el suicidio asistido? En la eutanasia, es el médico -u otro sanitario dirigido por él- quien administra la inyección letal que provoca la muerte del enfermo. En cambio, en el suicidio asistido el paciente se causa a sí mismo la muerte, con la ayuda de alguien que le proporciona los medios; si quien le ayuda es un médico, se habla de *“suicidio médicamente asistido”*. Es preferible evitar el término *“eutanasia pasiva”* pues sólo crea confusión.

Interesa aclarar que no son conductas eutanásicas las siguientes: 1. El respeto por parte del médico al posible rechazo del paciente a unos tratamientos que éste considera desproporcionados para su situación. 2. La conducta del médico que evita aquellos tratamientos o pruebas diagnósticas que no considera indicados en un paciente, y que le ocasionarían más molestias que beneficios: es lo que se llama *“limitación del esfuerzo terapéutico”* (lo contrario sería caer en la obstinación terapéutica o diagnóstica). 3. La administración -cuando sea necesaria para el control del dolor o de otro síntoma molesto- de dosis elevadas de fármacos, aunque pudieran acortar secundariamente la vida del paciente. Una variante de esta actuación es la llamada *“sedación paliativa”*.

Un documento de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos definía la *“sedación paliativa”* como *la administración deliberada de*

fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Evidentemente no hay que confundir la sedación, éticamente aplicada, con la eutanasia. Como se explica en ese documento, ambas difieren en el objetivo, la indicación, el procedimiento, el resultado y el respeto a las garantías éticas. En la sedación, la intención es aliviar el sufrimiento del paciente, el procedimiento es la administración de un fármaco sedante y el resultado el alivio de ese sufrimiento; en cambio, en la eutanasia la intención es provocar la muerte del paciente, el procedimiento es la administración de un fármaco letal y el resultado la muerte.

No supone ningún problema ético -sino que es un deber para el médico- proceder a la sedación de un enfermo, con su consentimiento previo, cuando se llega a la conclusión de que es el único recurso para controlar algún síntoma físico o psíquico de entidad (p. ej., disnea, dolor, delirium o distrés emocional), que no responda a otros tratamientos. Además de ponderar la dosis y el fármaco adecuados, conviene que el médico reseñe en la historia clínica el motivo de la sedación, el modo en que se ha explicado al enfermo y la manera en la que ha prestado su consentimiento.

El concepto de “muerte digna” está ya tan manido que no dice casi nada. En cualquier caso, para la mayoría de las personas seguramente incluye las siguientes condiciones: morir sin dolor u otros síntomas mal controlados, morir a su tiempo natural sin que se acorte ni se prolongue de forma artificial el proceso de la muerte, morir rodeado del cariño de la familia y los amigos, morir con la posibilidad de haber sido informado adecuadamente, eligiendo -si se puede- el lugar (domicilio u hospital) y participando en todas las decisiones importantes que le afecten.

Una vez aclarados esos conceptos, podemos ya adentrarnos en lo que supondría la posible legalización de la eutanasia. En mi opinión, dicha medida sería una solución innecesaria y peligrosa para un problema que todavía está pendiente de resolver en muchos lugares: el de las personas que mueren en malas condiciones sin una atención médica adecuada y en un ambiente deshumanizado. Me parece un dramático error plantearnos la posibilidad de despenalizar la

eutanasia cuando todavía hay muchos enfermos en nuestro país que no tienen acceso real a unos Cuidados Paliativos de calidad. Sugiero que -en este terreno- sigamos el ejemplo de Canadá: hace unos años, una enferma de ELA pidió la eutanasia a la Corte Suprema; se estudió el asunto a fondo en el Senado y la conclusión fue que no se debía debatir sobre la eutanasia hasta que todos los canadienses tuvieran acceso a unos buenos Cuidados Paliativos.

Cuando se plantea la posibilidad de legalizar la eutanasia, se insiste en que será sólo para casos extremos y tomando medidas para evitar posibles abusos. La experiencia, sin embargo, demuestra que si se admite la eutanasia para casos excepcionales, poco a poco se va aplicando también en casos no tan extremos. Así en Holanda la justicia se ha ido haciendo cada vez más permisiva con casos que no cumplen los requisitos legales. Veamos sólo algunos ejemplos: en 1994 el Tribunal Supremo no penalizó al Dr. Chabot, que ayudó a suicidarse a una mujer sana pero desesperada porque sus dos únicos hijos acababan de fallecer; en 1996 una médico facilitó la bebida letal a un paciente de 71 años sin ninguna enfermedad importante, y el fiscal no consideró necesario procesarla; en el año 2002 el Tribunal Supremo holandés no puso ninguna pena al médico que practicó la eutanasia a Edward Brongersma, que -con 86 años pero físicamente sano- la solicitó alegando “no tener ganas de vivir”... Aunque la ley holandesa no permitía inicialmente la eutanasia de menores de 12 años, en noviembre de 2005 se aprobó la eutanasia para niños de cualquier edad.

En los cuatro estudios oficiales que se han ido publicando sobre la práctica de la eutanasia en Holanda, se cuentan cada año por centenares los casos de eutanasias efectuadas por los médicos sin que hubieran sido solicitadas por los enfermos. Los médicos las justifican con razones como “baja calidad de vida”, “facilitar la situación a la familia”, “acortar los sufrimientos del paciente” o “poner fin a un espectáculo insoportable para médicos y enfermeras”. En 1997 una prestigiosa revista médica (JAMA) publicó el caso de una paciente holandesa con cáncer de mama a la que su médico aplicó la eutanasia sin su consentimiento, alegando que todavía podría haber vivido una semana más y él necesitaba esa cama libre...

En una carta de un grupo de minusválidos holandeses de Amersfoort

se decía: *“sentimos que nuestras vidas están amenazadas... Nos damos cuenta de que suponemos un gasto muy grande para la comunidad... Mucha gente piensa que somos inútiles... Nos damos cuenta a menudo de que se nos intenta convencer para que deseemos la muerte”*. A este peligro se refirió el 18.V.01 en el parlamento alemán el entonces Presidente Federal Johannes Rau: *“cuando el seguir viviendo sólo es una de dos opciones legales, todo aquel que imponga a otros la carga de su supervivencia estará obligado a rendir cuentas, a justificarse.”* Por otra parte, numerosos estudios demuestran que en estos pacientes graves hay una alta incidencia de depresión, que en la mayoría de los casos no es diagnosticada ni tratada adecuadamente.

También nos puede hacer reflexionar lo que escribía hace unos años un enfermo de Esclerosis Múltiple en el National Post de Toronto: *“si una persona sana presenta tendencias suicidas, recibe ayuda e incluso se la somete a un tratamiento psiquiátrico hasta que pase la crisis. (...) Pero si es un enfermo incurable o un discapacitado, la discusión gira automáticamente en torno a expresiones como ‘muerte digna’, ‘libertad de elegir la propia muerte’ o ‘acto de autonomía y autodeterminación’. ¿Por qué esa diferencia?”* Aunque parezca lo contrario, en la eutanasia la decisión definitiva no la toma el paciente sino el médico, que es quien juzga sobre la calidad de vida del enfermo y, por tanto, sobre si su petición es “razonable” o no.

Algunos argumentan que la eutanasia es un derecho de la autonomía individual, que no afecta a otras personas. En mi opinión, pierden de vista su incidencia en la protección del bien común. A diferencia del suicidio, en la eutanasia interviene necesariamente una tercera persona, que además es un médico. Legalizar la eutanasia significa reconocer a una persona (el médico) el derecho a disponer de la vida de otra persona (el enfermo que se la pide). Esto tiene unas consecuencias evidentes: una sociedad en la que los médicos no sólo curan y alivian sino que también matan, es una sociedad menos humana (y, desde luego, menos segura para muchos enfermos). Sería un cambio de unas consecuencias incalculables pues modificaría la regla más básica de una sociedad civilizada: no matarnos unos a otros.

Quienes tenemos larga experiencia en la atención de enfermos con cáncer sabemos que muchas peticiones de eutanasia son un gesto,

una llamada, una petición de ayuda por la soledad, el miedo, la desatención, el dolor mal controlado, la falta de cariño o de compañía... Por eso suelo repetir que cuando un paciente dice *"Doctor, no quiero vivir..."*, se trata de una frase inacabada cuya versión completa es: *"Doctor, no quiero vivir... así"*. Ahí, en cambiar ese *"así"* es donde tienen su papel fundamental los Cuidados Paliativos. Y ahí es donde una sociedad verdaderamente solidaria debe centrar sus esfuerzos para ayudar a morir con dignidad a quien está llegando al final de su vida: cuidándolo de tal manera que no le quepa la menor duda de que, aunque esté muy deteriorado por la enfermedad que padece, no ha perdido ni un ápice de su dignidad.

A ese empeño dedicó su vida Cicely Saunders -la pionera de los Cuidados Paliativos- y con unas palabras suyas quiero acabar este artículo: *"Tú importas porque eres tú, y tú importas hasta el último momento de tu vida. Nosotros haremos todo lo que podamos, no sólo para ayudarte a morir apaciblemente, sino también para ayudarte a vivir hasta que mueras"*. Esto es mucho más digno para todos.

Contra la eutanasia

César Nombela. Catedrático de la Universidad Complutense

LAS cuestiones fundamentales de nuestra vida, las que afectan a nuestra existencia como seres humanos, requieren ser repensadas una y otra vez. Así lo exige el progreso del conocimiento, pero también la necesidad de reforzar todo lo que tiene valor. Hablamos con razón del «valor de la vida humana» pero, como personas y como sujetos sociales, nos importa cada vez más señalar en qué consiste, cuáles son sus contenidos y a qué nos obliga si queremos poner en práctica esa valoración. La Humanidad, a lo largo de su existencia, ha vivido el riesgo, y arriesgados fueron quienes supieron plantear todo lo que ha supuesto progreso verdadero.

Hoy, nuestra capacidad de profundizar en el conocimiento de la vida humana, desde el punto de vista biológico, alcanza un detalle y una profundidad que hasta hace poco no habiéramos sospechado. Nuestra individualidad biológica se hace patente en lo que constituye nuestra propia intimidad genética, que ya podemos leer y descifrar. Pero es ahora cuando más falta hace renovar y actualizar una idea esencial: que cada ser humano es único e irrepetible, valioso por el hecho de serlo, de vivir. La Ciencia positiva nos muestra -entre hallazgos ciertos e incertidumbres por resolver- cómo es el inicio de la vida del hombre y cuándo llega su final natural. También propicia mejores intervenciones para mantener y prolongar la salud a lo largo de nuestro ciclo vital, igualmente con resultados espectaculares, aunque los bienes que de ellos se derivan alcancen sólo a una parte limitada de quienes integramos la especie. Pero, el salto a ese ámbito de los valores sigue siendo fruto de una actitud de riesgo, de compromiso. Como lo ha sido en tantas ocasiones que a lo largo de la Historia nos llevaron a construir un sistema de valores basado en el ser humano como fin, no como medio. Y sobre todo, cuando se asentó el mensaje de que la trascendencia de la vida humana está precisamente en la aceptación de pertenencia a una misma especie, con unos derechos que alcanzan a todos.

Frente al reconocimiento de que la vida humana es siempre un bien, que sólo cabe aspirar a proteger, se abre camino en nuestra sociedad lo que con razón se ha llamado una «cultura de la muerte».

La promoción de la eutanasia, aunque no la única, es una de esas iniciativas letales. Como ocurrió en el caso del aborto provocado, algunos tratan de promover una aceptación general -incluso con elevación a rango legal- de la eutanasia, basada en la consideración de situaciones-límite muy concretas. Importa mucho deslindar lo que puede ser el análisis de casos específicos, con las valoraciones matizadas que se puedan efectuar, de lo que, a mi juicio, debe ser un principio irrenunciable: nadie tiene derecho a provocar la muerte de un semejante gravemente enfermo, ni por acción ni por omisión.

El fallecimiento en Granada de Inmaculada Echeverría tiene que suscitar en toda persona un sentimiento de dolor que nos acerque a su sufrimiento, al tiempo que un deseo de que haya alcanzado el descanso que tan difícil tuvo en vida, cualquiera que sea el sentimiento de cada uno sobre lo que significa descansar después de la muerte. Pero, es imprescindible hacer un análisis de lo ocurrido, de las opiniones manejadas, así como de las valoraciones de quienes como integrantes de un comité de ética aprobaron el acabar con su vida. Es cometido de profesionales expertos, lo será cada vez más, el tratar de discernir entre tratamiento inútil que prolongue la vida de forma artificial (encarnizamiento terapéutico) y actuación que propicie su final, sea por acción o por omisión. En este caso, es imposible sustraerse a la idea de que el respirador supone la aplicación de un tratamiento, tan establecido y común como podría ser la alimentación mediante sonda gástrica o por vía parenteral, al enfermo incapaz de nutrirse de la forma normal. Es muy difícil, por tanto, evitar la conclusión de que lo que se ha practicado es una eutanasia, aun volviendo a insistir en el respeto a quienes piensan que simplemente se ha omitido una terapia desproporcionada.

Pero este caso, como otros muchos, es aprovechado para reclamar una legalización de la eutanasia. No está en mi ámbito de capacidades el introducirme en un razonar jurídico sobre la prevalencia del derecho a la vida, algo que además se deduce de una aplicación del sentido común. Pero sí he de señalar que una sociedad que acepta la terminación de la vida de algunas personas, en razón a la precariedad de su salud y por la actuación de terceros, se infringe la ofensa que supone considerar indigna la vida de algunas personas enfermas o intensamente disminuidas. Al echar por tierra algo tan humano como la lucha por la supervivencia, la voluntad de superar las limitaciones, la posibilidad incluso de recuperar la salud gracias al avance de la Medicina, se fuerza a aceptar una derrota que casi

siempre encubre el deseo de librar a los vivos del «problema» que representa atender al disminuido.

Se argumenta en función de la autonomía personal, tratando de equiparar el derecho a vivir, que alienta en todos casi siempre, con el derecho a terminar la propia vida, como si ambos fueran equiparables. Sin embargo, la eutanasia supone un acto social, una actividad que requiere la actuación de otros, dirigida deliberadamente a dar fin a la vida de una persona. Los interrogantes que se abren con su regulación, y sus alcances y límites, son abismales. Por muy estricta que sea la regulación, será inevitable el temor a una aplicación no deseada.

Alabamos la pasión por la vida que lleva a tantas personas privadas de salud, incapaces de valerse del todo por sí mismas, a luchar para seguir adelante. Nos esforzamos por un avance de la Ciencia que propicie más y mejores tratamientos, muchos podrían alcanzar a personas que a día de hoy están enfermas y sin posible curación. Seguimos anhelando el ofrecer pronto resultados prácticos, resultantes del avance inmenso en el conocimiento biológico. Todo ello se inserta en las mejores actitudes que el hombre puede tener, las que nos diferencian como especie. Aunque tenemos la certeza de que llegará la muerte de todos nosotros, estamos pertrechados para luchar por una vida, más larga y mejor, que nos capacite para ejercer todo lo que nos hace humanos, hasta el final.

Habremos de seguir investigando; sin duda podremos establecer cada vez mejor, desde cuál es la situación de los enfermos terminales y sus expectativas de supervivencia, hasta el perfeccionamiento de los criterios de muerte clínica. Pero, una sociedad que acepta la eutanasia abre un camino en el que para muchos ya no hay retorno posible. La inversión del valor del curar o aliviar -al enfermo terminal también, por supuesto- como principio esencial de la Medicina, sustituyéndolo por el de provocar la muerte, puede abrir vías cuyos límites son impredecibles. La Ciencia y la práctica médica tienen cada vez más y mejores instrumentos para actuar y para discernir; reclamar que se empleen a favor de la vida humana es un derecho de todos.

De Cruzan a Kevorkian

Rafael Navarro-Valls, Catedrático de Facultad de Derecho de la Universidad Complutense.

Con cierta ironía los juristas denominamos al Derecho comparado “el departamento de verlas venir”. Sabemos que las soluciones a los problemas jurídicos en un determinado entorno social repercuten inevitablemente en los *hábitats* colindantes. Ocurre como en una tormenta: levanta olas muy distintas que van a morir a playas muy distantes. En este sentido, la policromía de la sociedad americana es como un caleidoscopio donde estallan cuestiones que parecen dormidas en otros ámbitos jurídicos. Basta que el espejo de la “gran sociedad” las refleje para que despierten. Así, una sucesión de recientes decisiones judiciales han replanteado el problema de la eutanasia en los Estados Unidos y, de rechazo, en otros países. Me refiero a los casos de Nancy Cruzan, Helen Wanglie, el Hospital Scottisth Tite de Atlanta y Jack Kevorkian.

La Decisión del juez Teel (diciembre de 1990) de otorgar el permiso a los padres de Nancy Cruzan para retirar la alimentación nasogástrica que la mantenía en vida desde enero de 1983, abrió el debate. La polémica aumentó de tono cuando un hospital público de Minessota (junio de 1991) solicitó formalmente desconectar los dispositivos médicos que mantenían en vida a Helen Wanglie, una enferma terminal de 87 años. El marido se opuso judicialmente aduciendo las fuertes convicciones religiosas de su mujer. Antes de que el caso Wanglie se resolviera, una jueza de color acababa de sentar un precedente en un caso similar sentenciando que la pretensión del Hospital infantil de Scottish Rite de retirar el respirador a una niña de trece años desahuciada por una enfermedad cerebral no podía prosperar mientras los padres de la menor no diesen conjuntamente su consentimiento.

El debate alcanzó su clímax con el caso del doctor Kevorkian, que por tres veces puso a disposición de enfermas relativamente jóvenes (entre 35 y 54 años) una sofisticada máquina que permite el suicidio a través de un cóctel de tipental y cloruro potásico. El Estado de Washington sometió a referéndum una propuesta legal -“la iniciativa 119”- que constituía una amalgama en la que la eutanasia pasiva se contemplaba con supuestos de eutanasia activa en enfermos

con una esperanza de vida no superior a los seis meses. La propuesta fue rechazada por un 54 % de votos en contra, no obstante la fuerte campaña realizada por organizaciones relacionadas con el SIDA, las Panteras Grises, el Partido Demócrata del Estado de Washington y, sobre todo, la Helmock Society, la más activa organización pro-eutanasia estadounidense liderada por David Humphry.

Algunos de estos casos han hecho descender a niveles de alarma roja la tradicional relación de confianza médico-paciente, enlazándose entre sí hasta concluir en el fallido referéndum. Para orientar el debate conviene analizar el marco jurídico en el que tales situaciones han tenido lugar. Aunque el rechazo por un enfermo de un tratamiento médico es un derecho radicado en la propia Constitución, las Cortes norteamericanas han matizado que tal facultad no es absoluta en su ejercicio. Está limitada por cuatro potenciales intereses estatales que la contrarrestan: la conservación de la vida humana, la prevención del suicidio, el mantenimiento de la integridad de la profesión médica y la protección a terceras personas. Así, por ejemplo, en la sentencia *Matter of Melideo* de la Corte Suprema de New York, se sentó el criterio de que debe imponerse judicialmente un tratamiento hemotransfusional rechazado por una paciente testigo de Jehová, si de ella dependen hijos menores o simplemente si está embarazada.

Más rigurosa se manifiesta la jurisprudencia en supuestos de rechazo de tratamiento médico por tercera persona en nombre de enfermo inconsciente. Aparte de exigir la no lesión de los cuatro intereses antes enunciados, y partiendo en todo caso del estado terminal del paciente, una sentencia de la Corte Suprema de New Jersey -*In re Peter*, 1987- estableció la intervención del Defensor de los enfermos que debe nombrar dos médicos ajenos a la clínica donde está el paciente para confirmar diagnóstico. Además, la decisión de supresión de tratamiento médico ha de ir precedida de tres determinaciones previas: 1. Demostrar que el paciente no deseaba el tratamiento que le prolonga la vida artificialmente; 2. Que, no obstante sus contarías manifestaciones anteriores, en la situación actual continuaría negándose; y 3. Que objetivamente las cargas derivadas de la prolongación del tratamiento en fase terminal pesan más que los beneficios que proporciona al paciente la prolongación artificial de la vida.

También conviene recordar que en el caso *Quinlan* - antecedente inmediato de Cruzan y la campaña pro-eutanasia que la acompañó-, la interrupción de la respiración asistida se otorgó después de una consulta vinculante del Ethics Committee del hospital en que estuvo internada. No obstante, retirado el reanimador, Karen Ann Quinlan continuó viviendo años. Lo que demostró la dificultad de un diagnóstico cierto, pues si la sustancia cerebral hubiera estado realmente destruida como resultado del accidente sufrido -como equivocadamente creían los médicos- ninguna técnica de reanimación hubiera podido prolongar la vida de la joven Quinlan más allá de unas semanas.

Es verdad que los supuestos jurisprudenciales aludidos aparecen primordialmente referidos a tratamientos médicos de reanimación respiratoria asistida, no de alimentación artificial continuada. Es decir, situaciones que no entran claramente en el ámbito de lo que se llama eutanasia pasiva. El caso de Nancy Cruzan supuso en su momento un giro jurisprudencial, pues existe una sustancial diferencia entre desconectar el respirador y retirar el tubo que facilita la nutrición. En el primer supuesto, el paciente puede vivir o morir tras la desconexión, ya que la muerte sobreviene por un problema médico subyacente, no por la directa retirada de la atención facultativa. En el segundo, la desconexión precipita la muerte “igual que si el doctor disparara contra el paciente”, por utilizar una terminología consagrada en la doctrina americana. Si esto es así, ¿qué motivó la decisión judicial de retirar la alimentación a Nancy Cruzan?

En algunas noticias de prensa se dijo que la causa determinante fue una sentencia del Tribunal Supremo norteamericano de junio de 1990 que habría revocado la de la Corte de Missouri opuesta a la petición de los padres de Nancy Cruzan para que le fuera retirada la sonda nasogástrica. Esto no es exacto. La sentencia del Tribunal Supremo en realidad ratificó la de la Corte Suprema de Missouri. Ante la imposibilidad de determinar la voluntad de Nancy, con el consiguiente riesgo de interpretarla equívocamente, el Tribunal Supremo concluyó que “preferimos errar en favor de la vida” y negó el permiso a los padres. Lo que sucedió es que, al tiempo que confirmó la decisión de Missouri, el Supremo debilitó en una votación muy reñida -de 5 a 4- alguno de los potenciales intereses anteriormente aludidos. En concreto, equiparó la suspensión de alimentación nasogástrica a la retirada de la respiración asistida, supuesto admitido por bastantes Estados de la Unión. De este modo, el juez Teel, al apreciar que había

indicios suficientes que en su opinión demostraban la voluntad de Nancy de no continuar viviendo en esa situación, entendió que quedaba adecuadamente tutelado el interés estatal de no permitir que alguien -en este caso los padres de la enferma- actúe en nombre del enfermo hasta que existan pruebas evidentes e irrefutables de la voluntad del enfermo terminal. El problema es si las simples declaraciones de unos amigos de Nancy acerca de que ésta manifestó alguna vez “que no quería vivir como una planta” son pruebas “claras y convincentes”. En todo caso, Nancy Cruzan falleció de hambre y deshidratación a los doce días de retirarle la alimentación nasogástrica.

¿Supuso este precedente un paso adelante que podría dar aliento jurídico a esa forma de racismo de los sanos contra los enfermos que es la eutanasia activa? Me refiero a casos como el de Michaela Roder, la enfermera de “jeringuilla rápida”, acusada en Wuppertal de la muerte de 17 pacientes; el de Waltraud Wagner, cerebro de una operación de limpieza en el hospital vienés de Lainz, por la que a través de inyecciones de insulina, el sofocamiento o la asfixia acabó con la vida de más de 40 enfermos; o el más reciente y aludido Jack Kevorkian, que primero puso a disposición de Janet Adkins, aquejada de la enfermedad de Alzheimer, su máquina letal y, hace unos años, organizó la muerte de dos mujeres en un chalet de los alrededores de Detroit. La respuesta no es fácil, si estamos a las reacciones que el caso Kevorkian ha producido en el marco del Derecho norteamericano. Por un lado, Kevorkian fue presentado como un buen samaritano por algunos medios de comunicación, alentando el paso de la eutanasia pasiva a la activa. Pero, por otro, los ambientes médicos y jurídicos reaccionaron mayoritariamente con un rechazo a las actividades del médico, anteriormente expulsado de la universidad de Michigan por hacer transfusiones de sangre de cadáveres a personas vivas.

Ciertamente, al no haberse encontrado pruebas fehacientes de homicidio premeditado y al no estar contemplado en el estado de Michigan el de inducción al suicidio, Kevorkian fue absuelto del delito de homicidio en la persona de Janet Adkins. Pero fue sintomático que el juez autor de la sentencia aconsejara al fiscal de la causa que la recurriera en apelación, precisamente para “clarificar este extraño precedente”. A su vez, William Rehnquist, presidente del Tribunal Supremo y redactor de la sentencia que desencadenó la decisión judicial en el caso de Cruzan, al referirse en rueda de prensa a la

primera actuación de Kevorkian la distinguió claramente de la petición de los padres de Nancy Cruzan, calificando la acción de Kevorkian como “cooperación al suicidio” y, por tanto, reprobable tanto moral como jurídicamente. Ante la nueva aparición en escena del “doctor muerte” y su máquina letal, las mismas autoridades de Michigan que vieron frustrada su acusación penal en el caso de Adkins, han vuelto a presentar una nueva acusación formal de homicidio contra el reincidente facultativo. Aunque Michigan no tipifica claramente como delictuosa la acción de Kevorkian, en esta ocasión el gran jurado que ha conocido de la causa ha calificado como asesinato los cargos contra Kevorkian.

En marcha ya la *iniciativa 119*, la nueva actuación de Kevorkian conmocionó a la opinión pública produciendo las consecuencias de una bomba de efecto retardado contra sus fans del Estado de Washington. Si a ello se añade que David Humphry, fervoroso activista del movimiento pro-eutanasia y autor del manual del suicidio *Salida Final*, fue acusado de inducir a su mujer al suicidio para poder continuar su relación con una mujer 20 años más joven que su esposa, se entiende que los votantes de Washington, no obstante las estadísticas que auguraban un sí a la propuesta legal, optaran por rechazar esa sospechosa “ayuda a morir” que les brindaba la Hemlock Society promotora del referéndum. Lo cual no quiere decir que el tema esté zanjado. Los sociólogos han hecho notar que un estímulo importante para la defensa de la vida -ya esté en su inicio, ya en su ocaso- son las convicciones religiosas. Es sintomático que los dos Estados pioneros en iniciativas pro-eutanasia sean precisamente Oregón y Washington, con el porcentaje más alto de toda la Unión de personas sin adscripción a una iglesia. Por ello, el cardenal Patrick O'Connor, desde su púlpito de la Catedral de San Patricio, ha hecho notar la necesidad de una profunda renovación moral de la sociedad norteamericana en los días precedentes al referéndum.

Por lo demás, en la actual discusión sobre si la eutanasia -avivada por casos como los hasta aquí aludidos- no puede olvidarse que, cuando se admite generalizadamente que hay vidas que no merecen ser vividas, se corre el peligro de que alguien se atribuya el derecho a establecer niveles de calidad para otras vidas, entrándose así en una espiral en que situaciones dolorosas, pero asumibles, pasan a ser casos límites. En realidad -no ha pasado inadvertido para los espíritus más perspicaces-, el debate sobre la eutanasia es una cortina de humo que oculta el verdadero problema: la incapacidad de nuestra

sociedad para dar sentido a la vida de los ancianos y enfermos terminales. Tal vez por ello, los recientes códigos deontológicos español e italiano coincidan en declarar que “el médico nunca provocará la muerte de un paciente ni por propia decisión ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten. La eutanasia es contraria a la ética médica”. Añadiendo que, en caso de muerte cerebral, la decisión de poner término a la supervivencia artificial “sólo se tomará en función de los más rigurosos criterios científicos y de las garantías exigidas por la ley”. Es decir, un buen ejemplo de equilibrio equidistante tanto de la eutanasia como de la distanasia o ensañamiento terapéutico.

Muerte a petición: ¿caridad o crimen?

Dr. Hans Thomas. Director del Lindenthal Institut (Köln, Alemania)

El paciente Schmitz morirá si no se le trasplanta un corazón nuevo, lo mismo que el paciente Meyer, que necesita un nuevo pulmón para sobrevivir. Sin embargo, los trasplantes necesarios todavía no están al alcance, a no ser que se mate al Sr. Müller, una persona sana. En todo caso, se salvarían dos vidas. Dos vidas contra una: un cálculo claro al servicio de la vida. John Harris, que ha introducido el caso en la discusión filosófica, arguye que, al fin y al cabo, al Sr. Müller simplemente no se le puede ir a buscar por la calle, y que la elección de la víctima exigiría, desde luego, un procedimiento imparcial y equitativo. Lo que Harris propone ha entrado en la discusión especializada bajo el nombre de “lotería de la supervivencia”. Sin duda alguna –opina– merecería todo nuestro respeto la moral de la sociedad que así se comportara.

La lotería de la supervivencia de John Harris se cuenta entre los frutos más recientes de la bioética utilitarista. La gente que solamente cuenta con su sentido común tendría por absurda esta idea. Y ello lo puede comprobar el lector preguntando en su entorno. Sin embargo, en los círculos especializados de la bioética, como poco el asunto resulta discutible. De otra manera no se comprende que el cálculo de John Harris sobre la vida y los valores vitales sea tan fervorosamente atendido por la literatura especializada. En todo caso, ya nos hemos acostumbrado desde hace tiempo a cálculos de este tipo, como ocurre con los arreglos legales acerca de la protección o supresión de la vida de los no nacidos. John Harris únicamente se aferra a ese principio y lo desarrolla.

Otro ejemplo: la “muerte a petición”. El sano juicio también aquí se resiste, por principio, a la mera insinuación de matar a alguien sólo porque el interesado lo pida. Pero, ¿acaso no es un individuo “autónomo” y con libre voluntad quien en último término sabe mejor que nadie lo que es bueno para él? Y ¿qué derecho tengo yo a impedir lo que sea bueno según su criterio?

Planteada así la cuestión, de un modo tan abstracto e intelectual como ambiguo, el sentido común se encuentra de pronto

falto de argumentos. Objetará en seguida que no se puede matar a una persona inocente porque la vida humana es sagrada. -Mas ¿cómo sagrada?, le responderán: ¿Puede explicar esto?

John Harris –y con él muchos otros como Peter Singer, Georg Meggle y Norbert Hoerster, que son los más conocidos en nuestro entorno– afirman que la vida humana no es en modo alguno sagrada, y piensan que ellos sí pueden fundamentar lo que dicen. La tesis de la sacralidad o de la indisponibilidad fundamental de la vida humana –afirman– constituye únicamente un prejuicio carente de sentido crítico. La pretensión de salvaguardar la vida humana presupone que ésta posee facultades que justifican tal pretensión. En relación a qué facultades sean las que justifiquen dicha pretensión todavía se discute. Carecen, por ejemplo, de la condición necesaria para exigir algo similar al derecho a la vida quienes no disponen todavía de la autoconciencia, o los que han dejado de disponer de ella, o bien quienes carecen de la conciencia temporal, de modo que les falta interés por seguir viviendo, o quienes ya no pueden continuar teniéndola por esa razón, o incluso quienes la han perdido definitivamente. Puede ser que, a pesar de ello, todavía no se les pueda eliminar si, por ejemplo, matarles pudiera chocar con los intereses de las personas que aprecian al afectado o sencillamente si esto va en contra del interés público. Así, la posibilidad de que llegue a permitirse la eliminación de los recién nacidos, que no disponen de las mencionadas condiciones para titular el derecho a la propia vida, podría conducir a una situación de considerable inseguridad social. Tales juegos filosóficos de pacotilla terminan por “ilustrarnos” que matar no es, por principio, éticamente rechazable, especialmente al comienzo y al final de la vida, esto es, cuando se trata de no nacidos, pero también de recién nacidos y de dementes, personas en coma irreversible, enfermos terminales o que sufren mucho, tanto más si son ellos mismos quienes lo piden.

Entre los profesores que aducen semejantes argumentos, un grupo no fue invitado a un simposio filosófico-científico sobre Ética aplicada organizado por la Sociedad austríaca Ludwig Wittgenstein en 1998. Ello ocasionó una protesta pública por parte de la Asociación de Filosofía Analítica (GAP). En abril de 1998, seis profesores alemanes, en nombre de dicha Asociación, se dirigieron al presidente de la citada Sociedad austríaca en carta abierta, oponiéndose a cualquier restricción de la libertad científica, y rechazando tal “exclusión sistemática de todo un grupo de científicos”, a la vez que

le imputaban “un acto de sumisión a los enemigos de la libertad científica”.

A ello respondió el presidente de la Sociedad Wittgenstein, el 13 de mayo de 1998, que no tenía dichos argumentos como dignos de consideración. Con la protesta por el “acto de sumisión ante lo enemigos de la libertad científica” parece que la GAP sólo pretendía intimidar a la Sociedad Wittgenstein por el escándalo que protagonizaron las diferentes escenificaciones de Peter Singer en varias ocasiones, así como con motivo de las acciones de protesta de las asociaciones de inválidos (cuyo derecho de protesta, entonces, tampoco debiera rechazarse sin examen previo).

Los argumentos en la disputa entre ambas sociedades filosóficas no han sido dados a conocer; al menos no se vislumbran claramente en la correspondencia mantenida entre ellas. No obstante, el filósofo de Treveris Anselm Winfried Müller presenta en un libro suyo una adecuada argumentación que apoya a la Sociedad Wittgenstein, apelando a la responsabilidad que debe mantenerse frente a la cultura filosófica a cuya luz posiblemente se pone de manifiesto incluso de forma ingenua la protesta de la GAP. Este libro apareció poco antes de comenzar la citada discusión bajo el título *Muerte a petición: ¿Obra de caridad o crimen?*. Ahí Müller repasa y argumenta con todo detalle las cuestiones que hoy se debaten en el campo de la Ética aplicada en torno al comienzo y el final de la vida humana. Ya en la introducción se plantea el problema de si debe discutirse desde el punto de vista ético-filosófico algo tan evidente como la prohibición incondicional de dar muerte a alguien, así como si no sería mejor y más responsable –incluso respecto a la cultura filosófica– considerar esa acción como algo tabú. ¿Acaso no es una parte evidente y sobreentendida de la cultura la prohibición fundamental de matar, algo que ni precisa ni soporta discusión? Müller se remite al significado de lo que es evidente por sí mismo en toda discusión que, como tal, sólo encuentra su marco preciso cuando puede recurrir a esos principios que, por evidentes, resultan indiscutibles. “Quien, en el transcurso del debate, pone en cuestión el rechazo absoluto al 'permiso de matar', está sacando del suelo las raíces de nuestra orientación moral, para verificar que están sanas” (p. 13).

El planteamiento de Müller sitúa la discusión entre las dos sociedades filosóficas en su auténtica dimensión, y de ahí que los

miembros de la GAP que protestaban hayan de preguntarse si con su acrítica alabanza a la libertad científica acaso no están haciendo el papel de ingenuos jardineros. Romper el tabú –la postura de la GAP– o no romperlo –posición de la Sociedad Wittgenstein– constituye en sí mismo una cuestión verdaderamente ética. Y discutir una evidencia como la prohibición categórica de matar a los inocentes exige como poco tomar seriamente en consideración la postura contraria, e interesarse por sus reales o supuestos fundamentos. Es decir, habría que calibrar la posibilidad de que, llegado el caso, se admita dar muerte a no nacidos, a ya nacidos, dementes, comatosos y terminales... Con la obligada consecuencia de tener que acostumbrarnos en el futuro a considerar las cosas de este modo.

Sin duda la ruptura del tabú se consumó ya hace tiempo. Las discusiones académicas siguen su curso, ya se trate de la investigación con embriones, del aborto, de la eutanasia temprana, de la muerte a petición, o incluso de la eutanasia involuntaria e inconsciente. No sólo se discute en la torre de marfil de la pura especulación sino que, poco a poco y tema por tema, las comisiones de ética aspiran a ser los órganos de decisión y control, tanto de los proyectos de investigación biomédica como de las actividades clínicas.

Sin embargo, con la ruptura consumada del tabú se produce una nueva situación. Según Müller, cabe incorporarse a la discusión y no permitir que los demás puedan hacerse con ella. De ahí que no se limite a la defensa de dicho tabú; le habrían bastado veinte páginas para ello, pero él escribe un libro de doscientas. A la vista de tal abundancia de detalles, a veces se puede perder el hilo conductor que, sin embargo, permanece inalterado en apoyo de ese tabú: el valor incondicional de la vida humana. Anselm Winfried Müller aborda la cuestión de por qué el individuo mencionado al principio, hombre prudente y bienpensante para quien –apoyado en su sentido común– dar muerte a un inocente siempre es rechazable, se encuentra no obstante en apuros para fundamentar argumentalmente por qué la vida humana es “sagrada” y, por tanto, resulta indisponible. Mas este aprieto retórico que el citado individuo bienpensante vive como una debilidad, la argumentación de Müller lo convierte en una auténtica fuerza contra la relativización de la prohibición de matar, ya que el interés por una justificación –prosigue Müller– no constituye más que una artimaña intelectual que atrae a nuestro hombre a una trampa. La “sacralidad” o, más

concretamente, el valor incondicional de la vida humana no es argumentable, ya que tal valor incondicional constituye, por el contrario, el fundamento de toda valoración ética y la medida de su rectitud. Quien niegue esa indisponibilidad, lo que hace es no aceptar precisamente el criterio ético. Quien la niega tampoco puede fundamentar que la vida humana tenga sólo un valor condicional y relativo, que permita dado el caso matar a alguien.

¿Cómo se nos muestra el valor de la vida?, se pregunta Müller. La respuesta se la proporcionan los ingleses Mary Geach y Luke Gormally, con una metáfora: igual que el significado de una expresión no puede probarse ni demostrarse, sino que únicamente se nos muestra en cómo se aplica, del mismo modo el valor de la vida humana se nos muestra a través de la manera en que se la trata y cuida. En este tema, la actitud de cada cual es anterior al discurso ético, y no constituye por tanto su objeto. De lo contrario, tal discurso sería imposible, como una conversación con expresiones cuyo significado no fuera conocido. De ahí se sigue que los discursos que carecen de tales normas o principios previos no sean realmente discursos. Es natural que, así las cosas, también pueda generarse discusión –estos ejemplos los pone Müller– sobre si realmente debe objetarse algo a la práctica del sexo con niños, o si la prohibición general de la tortura es verdaderamente razonable y necesaria, o si no debiera permitirse la esclavitud en determinadas circunstancias (como cuando alguien se vende a sí mismo para liquidar deudas o para librarse de otra situación embarazosa, y lo hace apelando a su derecho a la libre autodeterminación).

Los derechos humanos han sido “declarados”, es decir, fijados como principios, porque no se pueden deducir racionalmente, a no ser recurriendo a la religión. Se formularon con base en la experiencia histórica resultante de sus respectivas violaciones. Hoy Peter Singer y Norbert Hoerster escriben libros enteros en los que presumen ficticio un derecho incondicional a la vida humana. Pero estos libros tampoco fundamentan la teoría de que no existe tal derecho incondicional, sino que revelan su afirmación más bien como si se tratara de un artículo de fe. (Que Dios haya creado el mundo es un artículo de fe, como lo es igualmente que el hombre se haya creado a sí mismo, pero eso pertenece a otro credo). De acuerdo con ello, estos autores intentan formular en sus libros, al modo de los tratados teológicos, la plausibilidad del valor relativo de la vida y de una reinterpretación de la entera realidad a esa luz. Lo bueno de sus

libros, sin embargo, es que, por un lado, desenmascaran de forma muy precisa las frecuentes incongruencias éticas de muchos que hablan del derecho incondicional a la vida, pero no se lo toman en serio, traicionando sus propios principios y, de otra parte, que siguen pensando, de forma previsor y consecuente donde aquéllos acaban porque se asustarían si sacaran las consecuencias lógicas de sus propios postulados. En realidad, si a alguien le está permitido matar antes del nacimiento, ¿por qué no después del mismo?

Lo que se ve en una discusión sobre Ética aplicada entre filósofos que estiman incondicional el valor de la vida humana y otros que, como Peter Singer, piensan que el valor de la vida humana y el de la de cualquier otro animal no se diferencian sustancialmente, es una lucha entre creencias dispares, y ello con la variante de que la actual presión sociopolítica dominante, que empuja a la obtención de consenso, tiende a compromisos arriesgados entre algo así como artículos de fe mutuamente excluyentes que invitan una vez más al general escepticismo. La consiguiente pérdida de referencia moral y de normativa orientadora supone que el relativismo ético – democráticamente desnivelado– constituye un pluralismo de representaciones axiológicas.

Peter Singer es buen amigo de los animales. La defensa de los animales tiene un gran impacto en su visión del mundo y del hombre, llevándole su preocupación por aquéllos a denunciar la pretensión de una categoría especial para el hombre como un tipo particular de egoísmo que él denomina “especieísmo”. Con este egoísmo, el hombre discrimina a los animales de la misma forma en que lo hacen los racistas respecto a los individuos de otra raza. Así, la vida de un chimpancé adulto y sano tiene, según él, más valor que la de un niño recién nacido, la de algunos enfermos mentales o en coma irreversible, porque en todo caso mostraría más autoconciencia. Dicho más claramente: así se liquidan todos los derechos humanos.

Tan lejos no llega Norbert Hoerster, pero también él relativiza el derecho del hombre a la vida. Ese derecho –afirma– se basa en el interés por sobrevivir del individuo concreto. Tal interés está ausente, ya en el caso de quien ha manifestado expresamente su deseo de morir, ya en el individuo carente de una conciencia de su propio futuro, como ocurre en el caso de comatosos, dementes, no nacidos e incluso recién nacidos. De ahí que les falte también el interés en seguir viviendo. Mas como no es fácil determinar con

precisión el momento en que se despierta la expectativa de futuro y, en consecuencia, el interés por sobrevivir, por razones prácticas recomienda Hoerster que se excluya a los recién nacidos del derecho a autorizar su muerte. En general debe admitirse con criterio restrictivo.

En lo que respecta al valor de la vida, Anselm Winfried Müller señala que Hoerster nos remite a otro tipo de valoración completamente distinto. Müller deja a Hoerster que se explye acerca de una valoración tan subjetiva como relativa: “El valor que una determinada vida humana posee, considerado de modo realista, no es más que el conjunto de valoraciones o de estimaciones que van asociadas al transcurso de ella. En este sentido puede distinguirse entre el valor extrínseco de una vida (valoraciones asumidas desde el punto de vista de otro o de la misma sociedad), y su valor propio (valoraciones asumidas según el propio criterio de su portador) (p. 76).

Ahora bien, en todo caso la vida del hombre no es cualquier cualidad, no es una propiedad de un “portador”, pues constituye el modo de existencia del individuo, sin el cual éste no se da. No existe equivalente alguno. Esto impulsó a Kant a hablar de la dignidad: “Lo que tiene un precio también puede encontrar en su lugar algo distinto que pueda considerarse como equivalente; por el contrario, lo que se alza por encima de cualquier precio, eso posee dignidad” (p. 78). Precio o equivalente, según Müller, no tiene que ser entendido en un sentido de valor de cambio, es decir, como algo reemplazable; puede considerarse igualmente de manera funcional, en el sentido de valor de uso. Müller aclara que, según ese criterio, hoy la vida “se da contemplada como vehículo de las propias vivencias”: “Si esas vivencias son deseadas –o consiguen contrapesar las insatisfacciones con las satisfacciones, entonces el vehículo será provechoso: la vida merece vivirse. Por el contrario, si las vivencias insatisfactorias predominan, entonces no merece vivirse. Matar resultará, así, prescindiendo de consecuencias indirectas, algo malo sólo en cuanto se le hurte a la víctima un futuro globalmente satisfactorio” (p. 79).

Contra las valoraciones de la vida que distinguen entre la que merece y la que no merece vivirse, Müller aduce dos sólidos argumentos: primero, que las valoraciones de ese tipo suelen ocuparse exclusivamente de casos excepcionales en los cuales alguien desea la muerte en función de su extremo sufrimiento. En

efecto, para querer vivir normalmente no se precisa ni de una valoración ni de recurrir a una perspectiva sobre las buenas experiencias que prevalezca en su conjunto por encima de las incertidumbres vitales que aparecen en el horizonte. Querer vivir constituye un hecho primario de nuestra vida.

Por otro lado, en el primer caso parece que el deseo de morir manifestado por un paciente con graves sufrimientos es decisivo para la valoración de su vida como “no merecedora de vivirse”. Sin embargo, su “decisión propia” sólo aparentemente posee una trascendencia relativa. Aquel deseo realmente sólo juega el papel de justificar la estimación negativa –“carente de valor”–, ya que tal juicio presupone que otros puedan coincidir con ese deseo. Si el médico que debe auxiliar el deseo de morir no puede hacerlo suyo, entonces no le incumbirá la muerte a petición del paciente, como tampoco a un mendigo sano que se promete mejores ingresos en el futuro le amputará una pierna sana por ese simple deseo. Resulta, pues, decisivo el juicio de aquel que debería de ayudar a morir a un paciente. Su juicio, sin embargo, no tiene que presuponer necesariamente el deseo de morir por parte del paciente. Cuanto más se acostumbre a esta práctica, con más probabilidad ejercitará el médico su parecer aún en el caso de que aquel deseo ni siquiera haya sido expresado y, precisamente según la siguiente pauta: si ese enfermo pudiera expresarse ahora libre y correctamente, entonces querría morir. Es decir, que un hombre sano –el médico– se arroga un juicio sobre el valor o disvalor de la vida de otra persona.

Este desarrollo de la cuestión es inevitable. A un médico que haya matado a un paciente puede parecerle que ha hecho algo bueno en ciertas circunstancias determinadas. Después sólo tiene dos posibilidades: o revisar su opinión y arrepentirse de haber actuado de ese modo, o seguir practicando la eutanasia en casos semejantes teniéndola, como en el primer caso, como buena, ya sea por auténtica convicción, ya como autojustificación. Esto se convertirá en norma. Si el médico se propone no practicar nunca la eutanasia contra la voluntad o sin la autorización del paciente, no se negará en todo caso porque su opinión de que en una determinada situación la eutanasia sería, en principio, lo acertado y bueno todavía depende de si el paciente lo desea. Por tanto, el respeto a la voluntad de éste resulta ser una consideración secundaria y complementaria.

A partir del momento en que en Holanda comenzó a tolerarse la muerte por demanda, la cifra de casos de eutanasia no voluntaria ha aumentado considerablemente. Según un informe encargado por el Ministerio de Justicia holandés, en 1995 hubo cerca de 3600 casos de eutanasia (de los cuales sólo 1466 habían sido notificados). En 900 casos no se había requerido la conformidad de los afectados.

Respecto de la muerte a petición, tema nuclear del libro de Anselm Winfried Müller, se articulan una serie de cuestiones particulares que él examina con detenimiento. La respuesta dependerá de la orientación filosófica, es decir, de la definición de lo que realmente constituye a la persona o, por ejemplo, si el interlocutor suscribe una ética deontológica (ética de deberes y prohibiciones, como la de los Diez Mandamientos o la de los derechos humanos), o bien una ética utilitarista (en la que no interesa primariamente lo que está permitido hacer sino si es deseable o no lo que en concreto ocurre de modo impersonal). Müller señala dos puntos de disputa que son dignos de atención: en primer lugar, la diferencia entre matar y dejar morir; en segundo lugar, la relación entre la aceptación de la muerte por demanda y la valoración jurídico-moral del suicidio.

1. *Acción y omisión.* Si alguien fallece o yo le mato, lo que en ambos casos sucede es que la muerte acontece. ¿Hay alguna diferencia entre matar a alguien y dejarle morir aun pudiendo evitarlo? Si yo mato a alguien, es que quiero que muera. Si le dejo morir, también puede ocurrir que yo quiera que muera, pero igualmente puede suceder que yo sea demasiado perezoso o negligente, o cobarde para hacer algo que le impida morir. A su vez, puede que yo no vea sentido alguno en hacer algo para mantenerle con vida, teniendo en cuenta que eso ni va a curarle ni mejorará su situación. El 15 de julio de 1998 el Tribunal Superior de Frankfurt estimó lícito retirar la alimentación artificial por sonda intestinal implantada mediante una operación a una paciente de 85 años en coma irreversible, afectada de infarto cerebral severo, si se hubieran dado claros indicios de un presunto consentimiento de la paciente. Por tal motivo estalló una fuerte discusión en la selva periodística alemana. Algunos presentían la primera aprobación judicial de un caso de eutanasia o, al menos, un paso en esa dirección. La sospecha parecía comprensible y, como consecuencia, cierta hipersensibilidad se traducía en condenas precipitadas. Se mostraba que no pocas personas que consideraban la mencionada sentencia como una

derrota en la defensa de la vida, a la vez se unen a la acusación contra el “encarnizamiento terapéutico”, que en las unidades de cuidados intensivos impide la muerte natural de los pacientes, acusación que, si fuera justa, más bien legitima la citada resolución judicial.

Complejo tema. Sin poder entrar a analizar de manera definitiva un juicio concreto como el anterior, el libro de Müller, que había aparecido un año antes, se hace eco de la cuestión fundamental de si, y en qué circunstancias, puede permitirse la omisión o suspensión de un tratamiento tendente a la prolongación de la vida, con una serenidad saludable. En oposición a la equiparación utilitarista, propone separar claramente la acción de la omisión, y distinguir de manera diáfana entre matar y dejar morir. Naturalmente, la omisión de prestación de auxilio con consecuencia de muerte puede ser a veces tan grave como una muerte por homicidio. Incluso podría constituir la manera en que se consuma la intención de matar. Tenemos el caso clásico del recién nacido con una minusvalía a quien se niega la alimentación normal. De todas formas, con la nítida diferencia entre hacer y omitir queda patente en primer término mi responsabilidad inmediata por lo que hago. A su vez, de ahí se colige que matar es siempre rechazable por principio, y esto no seguirá siendo tan claro si finalmente no se da diferencia moral alguna entre matar y dejar morir, de suerte que los criterios adecuados en cada caso resultan reblandecidos respecto a si se puede permitir la omisión de medidas destinadas a prolongar la vida, y cuándo se pueden omitir. Hay que agradecer especialmente a Müller, en relación con su planteamiento teórico respecto de la acción humana, la referida distinción entre matar y dejar morir, y el listado de las “seis asimetrías” entre la acción y la omisión que justifican su diferenciación desde el punto de vista ético en estos casos: conciencia asimétrica, concreción de las alternativas asimétricas, asimetría del deber de no matar y de salvar, cercanía o distancia asimétrica, asimetría de nuestra vivencia respecto del proceder injusto y la omisión de una acción buena y, finalmente, asimetría en relación con la promoción de un fin (pp. 99-102).

2. Del derecho al suicidio a la muerte por petición. A diferencia de muchos ensayos sobre la eutanasia, el libro de Anselm Winfried Müller hace hincapié en la estrecha relación entre la valoración jurídico-moral del suicidio y la de la muerte a petición.

La legislación alemana “desaprueba” el suicidio. Por así decir, lo considera contrario a la moral, aunque quede sin consecuencias legales. Establecer una sanación o condena para el suicidio carece de sentido porque la persona a la que se quisiera sancionar ya no existe. Incluso una cláusula similar a “la tentativa de suicidio punible” tampoco tiene sentido si su consecución no constituye materia sancionable. Por lo demás, quien ha intentado en vano quitarse la vida ya tiene bastante condena. Ahora bien, a la sistemática jurídica no le falta cierta lógica si no condena el auxilio a una acción no sancionable, por lo cual el auxilio al suicidio no es punible.

Muchos autores, sin embargo, ya no están de acuerdo con la “desaprobación” jurídico-moral del suicidio, ya que despedirse voluntariamente de la vida lo consideran una consecuencia legítima del derecho a la libre autodeterminación. Así, curiosamente, el tolerado auxilio al suicidio se convierte en un extraño “altruismo”: un servicio a favor de la autonomía de quien quiera matarse. Es cierto que habrá que estar vigilantes con toda clase de reflexiones en cada caso concreto de manifestarse un deseo de suicidio: si se trata de un deseo repentino, como consecuencia de un cortocircuito mental, o un signo de que se ha enfermado psíquicamente, o un acceso de notoriedad teatral, o simplemente un disimulado deseo de afecto, amor, entrega o comprensión. No obstante, sólo se trata de dudas que deben probarse y eliminarse con objeto de establecer la legitimidad de su consumación descubriendo la “autenticidad” del deseo. Así, es evidente que la distinción moral entre el auxilio al suicidio (legalmente permitido) y la muerte a petición (penalmente perseguible de oficio), puede ir desapareciendo desde el punto de vista de unos límites cada vez más vaporosos. De este modo, los doctores Hacketal en Alemania y Kevorkian en USA (este último popularmente conocido con el nombre de *Dr. Muerte*) se han preocupado, con el eficaz apoyo de algunos medios de comunicación y una casuística bien escenificada, de diluir las respectivas fronteras, poniendo de relieve con bastante éxito el desamparo de la justicia.

En este tema la estrategia se orientaba y se sigue orientando regularmente desde dos posturas: el destino individual, presentado a ser posible en forma eficazmente compasiva, y la demanda, expuesta ya como legítima, de dejar esta vida; ambas acaban en una diferencia ficticia y absurda: me estará permitido depositar e incluso colocar en la lengua una pastilla de Zyankalit, de modo que el paciente sólo tenga que cogerla o tragarla, pero no puedo inyectar directamente la

sustancia letal activa. En todo caso, cabría la solución del ordenador del Dr. Kevorkian: el paciente sólo tiene que apretar la tecla para poner en marcha el mecanismo de la inyección letal. Es difícil imaginar que la prohibición de la muerte a petición, penalmente sancionable, pueda mantenerse si, por el contrario, el auxilio al suicidio no acaba de ser calificado como perseguible por la vía penal.

Está suficientemente comprobado que los porcentajes de suicidio son sensiblemente más bajos entre los cristianos practicantes en relación con el promedio general de la población. Sin embargo, esto no es un punto de partida en las reflexiones filosóficas de Anselm Winfried Müller. Desde luego que los pensadores cristianos siempre rechazaron el suicidio, pero otras escuelas filosóficas, tanto de la Antigüedad como de la época moderna, lo permitieron, e incluso lo ensalzaron: así Plinio el Viejo, Séneca, Epícteto y principalmente los estoicos como Pomponazzi, D. Hume, E. Hemingway, etc., en nuestros días. Por otra parte, la “desaprobación” legal del suicidio en nuestro ordenamiento jurídico no sólo tiene raíces cristianas. La idea de la “sacralidad”, es decir, de la indisponibilidad de la vida humana se retrotrae a la Antigüedad clásica. Platón –y, por consiguiente, Sócrates– ve en la muerte una liberación, pero rechaza el suicidio. El moderno derecho humano a la vida, rectamente considerado, se establece como derecho fundamental a no ser eliminado. Hasta la fecha se esgrimía, junto a la indisponibilidad de la vida, como principio básico, la idea de que sobre mi vida tampoco yo puedo disponer arbitrariamente, convicción que como hemos visto, se ha ido evaporando en nuestra cultura.

Aquí tropieza Anselm Winfried Müller con una cita de Ludwig Wittgenstein en uno de sus Diarios: “Si se permite el suicidio, todo está permitido”. Este comentario lo interpreta Müller a la luz de Kant: “Darse muerte es ir contra el deber más elevado hacia sí mismo, pues así se suprime la condición para el cumplimiento de cualquier otro deber. Esto traspasa cualquier frontera del libre albedrío, ya que el uso de la voluntad libre sólo es posible cuando el sujeto existe (...) Quien consigue llegar tan lejos y supera cualquier límite de modo que se convierte en dueño de su propia vida, se apodera también del dominio de la vida de cualquier otro, tiene abiertas las puertas a todos los vicios, ya que antes de que se le pidan cuentas estará dispuesto a quitarse de este mundo”. Müller entiende, desde el punto de vista ético, que la licencia moral para quitarse la vida

igualmente permite suprimir cualquier responsabilidad moral. Con la legitimación del suicidio, cualquier exigencia moral pierde su carácter incondicionado e independiente de mi consentimiento. Entonces no habrá ninguna moral, ya que la condición esencial de la moral estriba precisamente en su validez independiente de mí.

La desaparición de la moral a través de la suspensión de su validez general constituye precisamente el signo de aquel “pluralismo de las representaciones axiológicas” que domina nuestros debates académicos y prácticos sobre Ética aplicada. Verdaderamente habría que agradecer a la asociación austríaca Ludwig Wittgenstein que, por fidelidad al filósofo que da nombre a esa entidad, haya puesto una barrera a la anulación de la moral en nombre del entusiasmo ingenuo y acrítico por una supuesta libertad científica.

Por otra parte, según los resultados de una encuesta del Instituto de Demoscopia Allensbach, ya en 1987 en Alemania sólo el 13% de los encuestados pensaban que debía condenarse al médico que suministre un medicamento letal a su paciente. El 70% estaba en contra de la condena. Según Müller, el elevado número de términos y tópicos suavizantes juega un papel de máxima importancia en la creciente aceptación de la “muerte piadosa”. Tal aceptación se extiende gracias a expresiones como “ayudar a morir” y “eutanasia” (...) “en interés de los pacientes”; desde la “autodeterminación” y el “derecho a la propia muerte” hasta la más agresiva locución: “para no forzarle a seguir viviendo”. Los nazis heredaron parecidas fórmulas de una semántica disfrazada del siglo XIX (“muerte por compasión”, “muerte por gracia”). Ha sido llamativo, y continúa siéndolo, el paralelismo entre formas verbales como “humanidad” y “humanitarismo” y aquellas otras que prometen un beneficio a la comunidad hablando de “librar a la sociedad de los gravosos casos de asistencia sanitaria” (p. 23). En favor de sus negocios, estos entusiastas profesionales de la muerte suelen presentarse en forma de “asociación para una muerte digna”. El 24 de abril de 1991, la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor del Parlamento Europeo adoptó una propuesta de resolución de la señora van Hemeldonck, que logró imponerse mediante una fórmula verdaderamente artística. En aquella propuesta de resolución para “el acompañamiento a la muerte de los pacientes terminales” se decía: “Lo que caracteriza a la vida humana es la dignidad. Si después de una larga enfermedad contra la que ha luchado valerosamente, un hombre pide al médico que acabe con su

existencia, ya que para él ha perdido toda dignidad, y si el médico según su leal saber y entender se decide a ello, es decir, a ayudarlo y aliviar sus últimos momentos haciéndole posible el descanso, de un modo pacífico y para siempre, en este caso esa ayuda médica y humanitaria (que algunos denominan eutanasia) significa respeto y consideración por la vida” (p. 20).

El movimiento “Hospiz” mantiene una concepción distinta en relación al respeto por la vida. De esa concepción se desprende la exigencia de convertir la medicina paliativa en un campo científico especializado de igual categoría que otros, en lugar de solventar los casos graves por medio de la eutanasia. Por su lado, John Keown, Director del Centre for Health Care Law de la Universidad de Leicester, informa sobre un médico holandés, defensor de la eutanasia en casos de sufrimientos insoportables (no de dolores insoportables). El citado médico afirma que él sólo mata a sus amigos. Keown le pregunta: ¿Negaría Vd la eutanasia a alguien que la desea porque entiende que para sus allegados resulta fastidioso esperar la herencia de su patrimonio, y dice que sufre insoportablemente por ello? Respuesta: “Pienso que, al fin y al cabo, yo no se la negaría, pues tal influencia –hay hijos que desean ya el dinero– es una forma del poder del pasado (...) que sencillamente nosotros no podemos soslayar”.

La cuestión de cuáles son los motivos que llevan a la opinión pública a aceptar la eutanasia, el libro de Müller la concreta en tres principales, a saber, compasión, decisión autónoma y evitación de la carga para terceros. Müller pone de relieve el hecho de que se ha impuesto ya como algo normal la muerte antes del nacimiento precisamente con la misma mezcla de motivos. La única diferencia es que en el debate sobre el aborto, por “decisión autónoma” no se entiende la de quien va a ser eliminado, sino únicamente la de la mujer. Además, tuvo su papel especial el “argumento” de que en materia de aborto los hombres querían decidir sobre asuntos de mujeres. Esto suscita la cuestión análoga –añade inteligentemente Müller– de si también sobre la legalidad de transacciones financieras dudosas sólo los líderes de la economía pueden emitir un fallo competente (p. 33).

Por lo que se refiere al debate sobre la eutanasia –resume Müller– en la opinión pública alemana se ha consumado la ruptura del tabú, precisamente a consecuencia de la ruptura del tabú en la

praxis de aborto, comenzando por libros tan divulgados como “Morir con dignidad humana”, de Walter Jens y Hans Küng, así como a través de revistas públicas y de talks shows (p. 15).

Compasión, decisión autónoma, desviación de la carga de terceros: una mezcla de motivos reales que se expone públicamente en una atmósfera de “hipocresía colectiva y mendacidad”. Uno de los capítulos del libro de Müller se titula: “No ver, no oír, no hablar”. En la época de las discusiones sobre el aborto se impidió por la fuerza que en la Universidad de Colonia se proyectara una película que mostraba lo que sucede en un aborto. Las imágenes del desarrollo embrionario humano fueron denunciadas como terror psicológico. Ahora resultan molestas a la conciencia de los sanos las imágenes que muestran que los discapacitados pueden ser felices, como recuerda Müller citando la carta de un lector sensible del periódico inglés *The Guardian*. Dicho lector, Polly Toynbee, considera “antisocial el hecho de que periódicos o televisiones muestren en sus imágenes niños con invalidez por talidomíol que ríen” (p. 38).

Retirar el respirador y otros medios técnicos a un paciente, ¿no es siempre incorrecto, pues equivaldría a matar al paciente?

Dr. Antonio Pardo

Retirar los medios técnicos que mantienen con vida a un paciente, a veces es una acción éticamente incorrecta, y a veces es una acción correcta. Depende, en primer lugar, de qué tiene en mente el que está retirando dichos medios: si lo que está es queriendo matar al paciente es incorrecta; si está simplemente retirando unos cuidados que sabe que son inútiles para conseguir una mejoría del paciente, y que resultan desproporcionadamente onerosos o molestos, entonces su acción sería éticamente correcta.

a) Sobre la moralidad de retirada de tratamientos a los pacientes.

Cuando se habla de retirada del tratamiento, el fin suele ser evitar un gasto excesivo, un tratamiento molesto o penoso para el paciente, etc.

Los efectos que se toleran son los inconvenientes que se siguen de dejar de tratar al enfermo. Puede ser su agravamiento o su muerte, el acortamiento de su expectativa de vida, etc.

Valorar intención y consecuencias

Para que una retirada de tratamiento sea éticamente correcta, debe haber proporción entre lo que se intenta y lo que se tolera. Es decir, los fines deben ser buenos, y los efectos tolerados proporcionados con lo que se intenta.

Ejemplos:

1. Retirada de tratamiento de UCI a un paciente que no tiene visos de recuperación. Lo que se intenta es bueno (evitar un dispendio inútil, pues el tratamiento se sabe ineficaz). Lo que se tolera es la muerte del paciente (que, por otra parte, está a las puertas). Si el paciente está inconsciente y no va a

recuperar la lucidez, es claramente proporcionado, y la acción es buena.

2. Retirada de alimentación e hidratación a un paciente terminal que no está en la UCI. Si lo que se intenta es que el paciente fallezca ya, la acción está mal. Si sólo se intenta evitar pincharle para hidratarle con un suero y está en muy mal estado, puede ser proporcionado (depende de la expectativa de vida del paciente).

Valoraciones propias en cada situación

Hay que señalar que la terminología más difundida (“dejar morir al paciente”) es sumamente confusa, ya que la intención del médico puede ser distinta: puede que no pretenda como objetivo de lo que hace que el paciente muera. Si esa fuera la intención del médico, su acción sería mala.

Pero si la muerte del paciente no es intencionada, la retirada de un tratamiento caro e inútil no es eutanasia (que consiste en provocar intencionadamente la muerte del paciente). Es preocupación por contener el gasto médico dentro de justos límites. Si se continuara unos días ese tratamiento inútil, el efecto tolerado sería que no se podrían tratar otros pacientes que podrían utilizar los recursos que se desperdician.

Indudablemente, puede actuarse de otra manera si influyen otros factores. Así, la intención de que una familia que no se haya hecho cargo de la situación no piense que estamos matando a su ser querido puede justificar mantener ese tratamiento, inútil para el enfermo, pero momentáneamente útil para que no piensen mal de la Medicina, hasta que los convenzamos de que no hay nada que hacer.

b) Sobre la obligatoriedad moral de instaurar tratamiento.

Factores a considerar

El fin que se persigue debe ser bueno. A este fin se refiere la utilidad del tratamiento, que se ha de considerar en sentido amplio: puede ser para algo distinto de la curación.

Los efectos que se toleran pueden ser las molestias para el paciente, los problemas económicos (y la atención a otros pacientes que se pierde por atender a éste), etc.

Para que la acción sea buena, el que actúa debe querer globalmente cosas buenas; esto exige que los efectos tolerados sean proporcionados con lo que se intenta.

De aquí se derivan las siguientes reglas:

Criterios

1. Hay obligación moral de instaurar un tratamiento útil y proporcionado.
2. Es optativo instaurar un tratamiento útil y desproporcionado o un tratamiento inútil y proporcionado.
3. No se debe instaurar un tratamiento inútil y desproporcionado.
4. Suponemos que hay buena previsión, se emplean medios buenos, etc.

Aplicación a algunos casos comunes.

1. *Tratamiento útil y proporcionado*: Enfermo agudo, en coma. El objetivo es bueno (sacarle adelante) y alcanzable (es un tratamiento útil) y los gastos, aunque grandes, son proporcionados. Hay obligación de tratarle si esos medios están disponibles.
2. *Otro tratamiento útil y proporcionado*: Enfermo que ha expresado su voluntad de donar órganos, en estado de “muerte cerebral”, que se mantiene con vida en la UCI con objeto de emplear sus órganos para trasplante. El objetivo es bueno y alcanzable (es un tratamiento útil), y el efecto tolerado (los gastos) son proporcionados con lo que se intenta. Correcto desde el punto de vista ético.
3. *Tratamiento útil y desproporcionado*: Enfermo en estado vegetativo persistente, que necesite respirador. El objetivo es bueno (prolongar su vida) y se puede alcanzar (es útil), pero

es demasiado caro mantenerlo. Es correcto tanto mantenerlo como apagarlo.

4. *Otro tratamiento útil y proporcionado*: Enfermo en estado vegetativo persistente, que no necesite respirador. El objetivo de prolongar su vida es bueno y alcanzable (es un tratamiento útil), y los gastos de mantenerle son pequeños y siempre proporcionados. Hay obligación de seguirle cuidando. Surge la cuestión de no dejar sola a la familia con el lío: el apoyo social que tanto nos falta en la sociedad actual.
5. *Tratamiento inútil y proporcionado*: Dar medicación de complacencia que ni siquiera quede claro que produce efecto placebo (es inútil, un capricho), que sea una medicación barata (es proporcionado). Es bueno tanto darla como no darla.
6. *Tratamiento inútil y desproporcionado*: Enfermo en estado de “muerte cerebral”, que se mantiene con vida en la UCI, sin que sea donante. No se conseguirá el objetivo de que ese paciente viva algo más, pues se sabe que mueren en pocos días (es tratamiento inútil), y el costo de los medios es desproporcionado, y se podría emplear en otros pacientes que lo necesitan más. Es el encarnizamiento terapéutico, incorrecto desde el punto de vista ético.

Comentario:

La corrección ética de estos casos varía con la opinión del paciente (que indica el grado molestia), y con los medios técnicos disponibles en la atención sanitaria en ese lugar (que pueden hacer desproporcionado un gasto grande).

Eutanasia: licencia para matar

Walter Reich. Psiquiatra

En Holanda, una de las naciones más humanitarias de la tierra, el Parlamento ha dado a los médicos, que ejercen una de las profesiones más humanitarias de la tierra, autorización para matar a sus pacientes.

Los médicos tendrán que someterse a unas reglas. Es preciso que el paciente pida la muerte, que no se encuentre en estado de depresión cuando la pida, que esté bien informado sobre su enfermedad y las posibilidades de curación y que los sufrimientos le resulten insoportables. El médico debe consultar con un colega antes de dar muerte al paciente, y después informar a las autoridades de las razones por las que lo ha hecho.

En 1990, la eutanasia fue la causa de una de cada cincuenta muertes ocurridas en Holanda. Entonces crecía el número de médicos dispuestos a realizar la eutanasia, y las autoridades no hacían cumplir las leyes vigentes contra esta práctica. A partir de ahora, los casos de eutanasia pueden experimentar un aumento vertiginoso.

No hace falta ser creyente para deplorar la nueva ley. Basta ser humano y estar vivo. Basta darse cuenta de que un paciente, por muy enfermo que esté, es siempre un ser humano vivo, y de que matar a un paciente, diga la ley lo que diga o cualesquiera que sean las circunstancias, es siempre matar.

Todos los días, unos matan a otros sin el amparo de la ley. Los soldados matan a otros soldados legalmente. Pero la sociedad puede sufrir esas muertes sin dejar de ser esencialmente civilizada. En cambio, cuando una sociedad legaliza el homicidio de sus propios miembros inocentes, quita un obstáculo que impide el demasiado fácil deslizamiento hacia el caos moral.

¿Está Holanda a punto de deslizarse, como la Alemania nazi, al infierno de Auschwitz? Difícilmente. Los miembros de los Estados Generales que votaron a favor de la ley de eutanasia lo hicieron movidos por un fuerte sentimiento de compasión hacia los pacientes.

Precisamente porque Holanda tiene una historia tan ejemplar de civilidad, y sus parlamentarios una adhesión tan inequívoca a la democracia, este hecho resulta especialmente inquietante. Ofrece un ejemplo de cómo una nación democrática puede levantar el veto al

homicidio de inocentes. Las condiciones impuestas parecen estrictas, pero inevitablemente serán relajadas en la práctica.

El espectáculo del homicidio formalizado y regular de tales pacientes -que se traducirá no en una muerte entre cincuenta, sino cinco, diez, veinte o incluso más- tendrá un efecto deletéreo sobre el valor de la vida, no sólo en Holanda, sino también en los demás países democráticos.

Pero donde mayor repercusión tendrá este espectáculo será en los países no democráticos, donde gobiernos menos humanitarios que los parlamentarios holandeses podrían acogerse al ejemplo holandés como a un modelo útil sin preocuparse de imponer condiciones para que los médicos maten. Podrían incluso establecer reglas que permitiesen, alentasen o exigiesen homicidios de toda clase, comenzando con la muerte de quienes la pidieran y prosiguiendo con la de quienes fueran considerados merecedores de morir.

Los médicos de Holanda, como los de todas partes, están comprometidos por milenios de solemnes juramentos a preservar la vida. Sus pacientes confían en que cumplirán su compromiso. Sin duda, es un compromiso que puede sobrepasar los límites de lo razonable. A veces, los médicos preservan la vida artificialmente y sin objeto, cuando, gracias sólo a unas máquinas, mantienen los latidos del corazón mucho después de que haya muerto el cerebro.

Pero excederse, si se hace por el genuino deseo de preservar la vida cuando no queda más que una mínima posibilidad de recuperación, es un acto esencialmente noble. Incluso si es excesivo, al menos conserva los valores centrales clásicos de la Medicina.

Una vez que, en virtud de una ley, se debilita el compromiso médico de respetar la vida; una vez que los médicos, formados para preservar la vida, ya no temen provocar la muerte, entonces la naturaleza misma de la Medicina y la identidad misma del médico sufren una profunda transformación. El médico abdica de su misión de cuidar la vida y adopta el papel de un técnico amoral: alguien cuyo cometido podría ser tanto poner fin a una vida como salvarla.

Esa es una profesión en la que no quiero tener parte alguna. La sociedad merece más. Los médicos merecen más. Sobre todo, los pacientes merecen más.

Eutanasia y alimentación e hidratación artificiales a pacientes en estado vegetativo

Entrevista a William Sullivan. Director del Instituto Católico Canadiense de Bioética

Quitar la alimentación e hidratación artificiales a un enfermo en estado vegetativo persistente, ¿constituye un acto de eutanasia? A esta pregunta respondieron treinta expertos en bioética y salud durante el reciente coloquio organizado por el Instituto Católico Canadiense de Bioética (Canadian Catholic Bioethics Institute). En el encuentro, estudiaron el discurso que Juan Pablo II pronunció en primavera sobre eutanasia y estado vegetativo.

Para entender las implicaciones del discurso papal y las conclusiones del coloquio, el doctor William Sullivan, fundador y director del instituto, ha compartido con Zenit algunos aspectos científicos y morales que conciernen a la alimentación e hidratación artificiales a personas en un estado «vegetativo» persistente o en condición de ausencia de reacción como consecuencia de un estado de coma.

—¿Qué se sabe sobre la condición médica de las personas que se encuentran en estado vegetativo persistente (Persistent Vegetative State, PVS) o en ausencia de reacción como consecuencia de un estado de coma(Post-coma Unresponsiveness, PCU).

—Sullivan: El coma tiene lugar después de varios tipos de lesiones que afectan la función del cerebro, tales como trauma craneal, situación de casi ahogo, ataques apoplécticos, paros cardíacos o sobredosis de droga. El PCU describe el estado en el cual un individuo que estaba en coma parece despertarse y tener lo que se llaman ciclos sueño-vigilia. A pesar de esto, la persona permanece totalmente inconsciente y ajena a su alrededor.

¿Se da alguna actividad cognitivo-afectiva en el cerebro? La medicina se basa en observaciones, que incluyen medidas de la actividad eléctrica y del metabolismo del cerebro.

Por lo que sabemos hasta ahora, podemos decir que el metabolismo del cerebro parece ser bajo en el estado vegetativo persistente o en

pacientes no reactivos. Sin embargo, no sabemos si esto significa que hay un daño global en las neuronas del cerebro, o sólo en algunas regiones vitales del mismo cerebro y en las conexiones entre ellas.

Según mi opinión, la ciencia médica no puede excluir definitivamente la presencia de una vida espiritual en estado vegetativo persistente o en pacientes que no tienen capacidad de reacción en los cuales todavía se dan signos de alguna actividad cerebral, aunque los niveles de percepción consciente sean bajos.

La ciencia médica es incapaz de afirmar o de negar que pueda haber alguna verdad en la afirmación bíblica del Cantar de los Cantares: «Duermo, pero mi corazón vela» (5, 2).

—¿Cuál es la diferencia entre el estado vegetativo «persistente» y el «permanente»?

—Sullivan: A medida que aumenta el tiempo de un estado no reactivo sucesivo al coma, la recuperación parece cada vez menos probable. A una cierta etapa, normalmente doce meses, los neurólogos concluyen que este estado de falta de reacción continuará seguramente sin que se dé recuperación.

Sin embargo, esto no quiere decir que sea imposible un cierto nivel de recuperación a través de intervenciones de rehabilitación adecuadas. En algún caso se ha observado una recuperación de las funciones cerebrales normales. En la mayor parte de los casos, sin embargo, si hay recuperación, la persona tendrá graves daños a nivel cognitivo-afectivo.

Según un estudio del 1994, la prognosis según la cual un estado vegetativo, o un estado de no reacción como consecuencia de un coma, es «permanente», quiere decir que si la conciencia se recupera, el paciente permanecerá probablemente seriamente mermado. En este caso, lo que está en juego es la idea de que la vida de un individuo consciente pero gravemente disminuido no tiene ningún valor.

—¿Qué se entiende por ausencia de reacción como consecuencia de un estado de coma?

—Sullivan: La alimentación e hidratación artificiales no se refiere solamente a la alimentación a través de sondas, sino también a los diferentes modos de asistir a un individuo que tenga dificultad para ingerir comida y agua oralmente. Intentar alimentar por la boca a un paciente no reactivo sería como intentar nutrir a alguien que está durmiendo.

Para proporcionar a un individuo en estas condiciones un apoyo adecuado y seguro, es necesario superar la dificultad de masticar y de engullir, y suministrar el mantenimiento adecuado a su estómago.

—¿Pueden compararse la alimentación e hidratación artificiales con otras formas de sostener la vida o con tecnologías de preservación, como la diálisis renal o las máquinas para la respiración artificial?

—Sullivan: Algunos expertos en ética sostienen que hay un significado social en el hecho de alimentar a la persona vulnerable y dependiente. Esto hace que la alimentación e hidratación artificiales sea substancialmente diferente de otros medios que comportan tecnologías para mantener la vida. Dar alimento y agua a los hambrientos y sedientos es una expresión simbólica de la solidaridad humana.

Para pensadores como Daniel Callahan, la norma sobre cuidar a otro dándole comida y agua pierde su sentido si la alimentación e hidratación artificiales se subministran a algunos individuos pero no a otros.

Por otra parte, la mayor parte de pensadores médicos, legales y éticos, consideran que la alimentación e hidratación artificiales son parecidas a otras formas de tecnologías para mantener la vida. Si la alimentación e hidratación artificiales comportan un peso notable para el individuo y la familia respecto a los beneficios que se derivan de ello, entonces podría considerarse como algo opcional.

Según este punto vista, en el caso de la alimentación e hidratación artificiales es necesario analizar los beneficios y los costes de la intervención. Valdrían las mismas consideraciones para otras intervenciones, como el respirador o la diálisis. Por ejemplo, si el hecho de dar agua y comida por la boca puede ser parte de un

tratamiento general, suministrarlo con sondas a un paciente que no ha expresado la voluntad de recibirlo no lo sería.

—¿Qué dijo el Papa en su discurso sobre la alimentación y la hidratación artificiales para pacientes en estado vegetativo persistente o en ausencia de reacción como consecuencia de un estado de coma?

—Sullivan: La alimentación e hidratación artificiales comienzan como parte de un recorrido de recuperación de un paciente en un contexto en el que los doctores no están seguros de la diagnosis o de la prognosis del mismo paciente.

Después de seis o doce meses, depende del caso de ausencia de reacción como consecuencia de un estado de coma, la probabilidad de recuperación es cada vez más remota. Es en este contexto cuando surge la cuestión sobre si hay que continuar o no con la alimentación e hidratación artificiales.

El discurso del Papa establece que la alimentación e hidratación artificiales «se considera, en línea de principio, ordinaria y proporcionada, y como tal moralmente obligatoria, en la medida en que demuestre alcanzar su propia finalidad». En este caso, el objetivo es «procurar alimento al paciente y disminución de sus sufrimientos».

—¿De qué manera han interpretado los participantes al Congreso de Toronto estas afirmaciones del Papa?

—Sullivan: Los participantes han llegado a estas interpretaciones.

Primero, que el discurso papal se tiene que comprender en el contexto de la tradición católica. Así, las palabras «en línea de principio» no quieren decir «absoluto» en el sentido de «sin excepciones», sino permitiendo la consideración de otros elementos.

En segundo lugar, las personas que se encuentran en un estado de capacidad cognitiva y afectiva reducida, mantienen un alma espiritual. Su vida tiene un valor intrínseco y una dignidad personal que deben ser tratadas con el pleno respeto y con el tratamiento debido a todo ser humano.

En tercer lugar, para los pacientes sin reacción a los que se les puede aplicar la alimentación e hidratación artificiales sin entrar en conflicto con otras graves responsabilidades o con gastos exageradamente costosos o complicadas, la alimentación e hidratación artificiales deberían considerarse como algo ordinario y proporcionado, y en cuanto tal moralmente obligatorio.

Contrariamente a algunas interpretaciones tempestivas en los medios, el discurso del Papa no propone que la alimentación y la hidratación artificiales sean siempre y sin excepción una obligación moral para los pacientes en estado vegetativo persistente o en ausencia de reacción como consecuencia de un estado de coma, o en cualquier otra condición clínica.

El texto del Papa es coherente con la moral católica tradicional en la que la alimentación e hidratación artificiales y otras medidas para mantener la vida son evaluadas en términos de beneficio y límite de la intervención para el paciente.

Sin embargo, el discurso papal hace declaraciones fuertes sobre las condiciones de la discapacidad. No continuar la alimentación e hidratación artificiales por razones que tengan que ver con la condición de discapacidad de un paciente, y no a causa de la desproporción entre costes y beneficios de una intervención para el mismo paciente, es inaceptable.

Basándose en esta interpretación, los participantes subrayaron una serie de implicaciones éticas de esta enseñanza para los tratamientos aplicados a personas mayores frágiles o a pacientes en estado terminal en condiciones médicas para las cuales la alimentación e hidratación artificiales se usan frecuentemente, como el ictus cerebral, la enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson y cáncer.

—Los participantes en el congreso, ¿pensaban que lo que el Papa afirmó en su discurso sobre alimentación e hidratación artificiales a personas en estado vegetativo persistente o que carecen de reacción como consecuencia de un estado de coma era relevante para otras personas que se encuentran en otras situaciones clínicas?

—Sullivan: Sí, pues el discurso papal afirma el valor y la dignidad intrínsecos a todas las personas. Las decisiones sobre la alimentación y sobre la hidratación artificiales) no se tendrían que tomar basándose en la idea de que las personas con graves daños cognitivos y/o limitaciones físicas valen menos o tienen una dignidad inferior respecto a otras personas.

El discurso papal afirma también la distinción entre medidas ordinarias y extraordinarias para sostener la vida.

Esto implica que los pacientes y sus familias tienen la responsabilidad de valorar con atención los beneficios y costes de varias opciones de tratamientos y de cuidados, a la luz de su situación personal. Esta responsabilidad se da también ante cada condición médica y cada paciente.

—¿Por qué los participantes al congreso consideraron que es importante aplicar el discurso del Santo Padre a los ancianos en los que se usa más a menudo la alimentación e hidratación artificiales?

—Sullivan: Un principio de razonamiento es que los casos similares tienen que considerarse de manera similar.

Un segundo principio es que los casos difíciles llevan a leyes inadecuadas. Esto quiere decir que las condiciones excepcionales o inusuales son una base insuficiente para formular políticas generales.

Los participantes eran conscientes de que en los casos en los que la alimentación e hidratación artificiales se usan para el cuidado de ancianos, generalmente menos del 1% corresponden a casos de personas que se encuentran en un estado vegetativo persistente o de no-reacción como consecuencia de un coma. Hay muchos factores clínicos particulares y contingentes que distingue el estado vegetativo persistente de otras condiciones como un ictus, la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson o el cáncer craneal o del cuello.

Estos factores pueden ser importantes para evaluar los costes y beneficios de la alimentación e hidratación artificiales en estas condiciones.

—¿Podría darnos ejemplos de cómo las diferencias clínicas podrían cambiar la valoración sobre la alimentación e hidratación artificiales en estas condiciones?

—Sullivan: La gente que sufre un ictus o la enfermedad de Parkinson en general es consciente y puede ser capaz de ingerir comida y líquidos con la asistencia de otras técnicas de alimentación que comportan el uso de las manos.

En estos casos, la alimentación con el uso de las manos puede ser una alternativa eficaz a las sondas. La alimentación con las manos también puede favorecer un mayor sentido de solidaridad con los pacientes y humanizar su curación.

La gente afectada por la enfermedad de Alzheimer puede que no entienda el motivo por el que se utiliza una sonda para alimentarse y intentar rechazarlo, a veces hiriéndose gravemente. Para estas personas podría ser un grave peso el uso de formas de control con las que se evita el que expelan el tubo de la alimentación.

Las personas que tienen dificultad para engullir a causa de un cáncer en la cabeza o en el cuello podrían no responder positivamente a la alimentación e hidratación artificiales.

—A los pacientes con una condición neurológica degenerativa como la enfermedad de Alzheimer, ¿se les debería ofrecer siempre la alimentación e hidratación artificiales? Y, una vez iniciada este tipo de alimentación artificial, ¿se debe interrumpir, o no?

—Sullivan: El congreso no intentaba establecer lo que se debe hacer en cada situación en la que se toma una decisión acerca de la alimentación e hidratación artificiales en un paciente anciano.

La declaración final del congreso llama la atención sobre algunos principios morales y lanza una invitación a optar por la vida en el marco de la tradición moral católica afirmada en el discurso papal.

Una guía fundamental para tomar decisiones sobre cualquier tratamiento, en particular la alimentación e hidratación artificiales, se establece en el párrafo 7 de la declaración del congreso de Toronto:

«Los cuidados no pueden ser clasificados anticipadamente como ordinarios o extraordinarios», es decir, como moralmente obligatorios u opcionales. Se tiene que hacer una valoración adecuada de sus costes y beneficios a la luz de la situación del paciente.

La enfermedad de Alzheimer es uno de los muchos casos clínicos de demencia. Es difícil hacer afirmaciones generales sobre el hecho de ofrecer siempre, o nunca, la alimentación e hidratación artificiales a la gente afectada por una demencia, porque en la literatura médica hay límites a los estudios que muestran sus beneficios y costes.

Un principio fundamental de la medicina es «primum non nocere», es decir, «en primer lugar no perjudicar».

Si es evidente, en un caso particular de demencia avanzada, que la alimentación e hidratación artificiales tienen o podrían tener pocos beneficios o podrían causar daños significativos, en este caso no tendría que subministrarse y, si ya se hace, tendría que suspenderse.

—¿Quién tendría que decir si se recurre o no, en circunstancias particulares, a la alimentación e hidratación artificiales?

—Sullivan: Las reflexiones del congreso han subrayado que es responsabilidad del paciente y de la familia tomar las decisiones en los casos particulares, después de que éstos hayan considerado la evidencia de los hechos a la luz de las circunstancias personales relevantes.

Es en cambio responsabilidad del personal médico informar, en un contexto adecuado, al paciente o a la familia de las opciones y de los beneficios y costes de cada opción.

Aunque la responsabilidad sobre la decisión es del paciente, de la familia o de alguien que tome la decisión en su lugar, el personal médico tiene la facultad de dar una opinión de carácter médico.

—A juicio de los participantes en el congreso, ¿las voluntades anticipadas sobre la alimentación e hidratación artificiales son una buena idea?

—Sullivan: Sí, los participantes han pensado que la expresión de la voluntad del paciente, si se hacen de manera apropiada, podrían ser una buena idea. Es importante que las personas se anticipen y hablen con sus seres queridos y con los que los cuidan sobre los cuidados al final de la vida, antes de que surja una crisis clínica.

La declaración del encuentro de Toronto reconoce que pueden haber variaciones culturales y jurisdiccionales en la práctica de las voluntades anticipadas. Cuando se han formulado voluntades anticipadas, el representante del paciente que está autorizado a tomar las decisiones, el personal médico y las instituciones, tendrán que respetar siempre el valor y la dignidad intrínsecas del paciente.

—En su congreso se han afrontado numerosos casos de vida real concernientes al uso de la alimentación y de la hidratación artificiales para pacientes en distintas condiciones clínicas. ¿Ha sido útil reflexionar sobre estos argumentos a la luz de la moral católica que distingue entre medidas ordinarias y extraordinarias?

—Sullivan: Sí. El hecho de partir de casos de vida real ha hecho que nuestras discusiones se centraran en cuestiones concretas con las cuales la gente se encuentra. Y nos ha asegurado, además, que los participantes tuvieran siempre presentes los factores particulares y contingentes que pueden tener cierta relevancia a la hora de determinar los beneficios y costes de las distintas opciones.

Hemos constatado que algunos desajustes que se dieron al considerar los principios a nivel abstracto no eran moralmente relevantes en los casos concretos.

Los errores sutiles del caso Ramón Sampedro

Javier Romañach Cabrero

Introducción

El impacto mediático generado por la proyección de la película “Mar adentro” ha supuesto un despertar de cuestiones éticas mal debatidas y poco estudiadas en nuestra sociedad. El aprovechamiento de la tradición del sufrimiento ante una grave discapacidad ha sido la excusa necesaria para que un director de cine desarrollara el guión de una película que muchos confunden ahora con la historia real de una persona que luchó por un derecho individual.

El autor de este artículo es una persona que tiene una tetraplejía, por una lesión a la altura de las cervicales quinta y sexta. Esta convivencia con la tetraplejía le permite afrontar las opiniones vertidas por otra persona, que tuvo tetraplejía, sin temores, tabúes ni complejos.

Desde hace unos años, el autor se dedica a reflexionar sobre la discapacidad, desde la discapacidad, escribiendo y participando en congresos y cursos de Filosofía, Bioética y Filosofía del Derecho entre otros ámbitos. Esta dedicación, y no la convivencia con la tetraplejía, es la que le permite afrontar temas complejos relacionados con la Filosofía o la Bioética.

Entiendo que el lector que tenga la paciencia de leer este artículo hasta el final podrá encontrar una visión rompedora y diferente sobre el caso Sampedro. Una lucha escrita de la razón contra la razón, una desmitificación de su responsabilidad y su lucha por la eutanasia, que fue en realidad una lucha por el suicidio asistido, una visión distinta y más exhaustiva de la película “Mar adentro”, un análisis crítico de los textos publicados por el señor Sampedro, que rezuman una visión terrorífica de la discapacidad, con tintes eugenésicos y nazis, con visiones doblegadas de la dignidad y con argumentos razonables llenos de maniqueísmo y sofismas que sólo se le han permitido a Ramón Sampedro porque tenía una tetraplejía,

ya que nadie ha sabido superar la distancia que permite abordar con franqueza el verdadero contenido de sus textos.

Es posible que Ramón Sampedro no tuviera opciones y nadie se las ofreciera, es posible que no quisiera decir exactamente todo lo que dejó escrito, pero aceptó sin reflexionar una visión externa y anticuada sobre la tetraplejia sin que su razón le dejara ver lo ofuscada que estaba su mente, y luchó por la dignidad en el único rincón que su incapacidad para romper moldes de pensamiento le dejó, en la muerte.

No discuto en ningún momento el derecho que tuvo a hacer lo que hizo, me limito a analizar los resultados y la repercusión de su lucha.

Lo único positivo de esta lucha fue sacar a la luz pública el tema de la eutanasia, obligando a la sociedad a realizar un debate que a día de hoy sigue siendo necesario. No obstante, este efecto fue el resultado de un pensamiento erróneo y egocéntrico en el que de nuevo jugó un papel determinante su cualidad de persona con tetraplejia.

Como persona y autor de este artículo estoy a favor de que se debata públicamente la eutanasia, de manera que todos podamos expresar libremente lo que opinamos sobre ella, pero el motivo que nos ha llevado a ello ha generado demasiada confusión y desconcierto, desconcierto que se intenta analizar en las siguientes líneas.

La lucha de Ramón Sampedro

Ramón Sampedro nació el 5 de enero de 1943 en Xuño (La Coruña). A los 22 años se embarcó en un mercante donde trabajó como mecánico. El 23 de agosto de 1968 cayó al agua desde una roca y chocó contra el fondo fracturándose la séptima vértebra cervical. Luchó por la libertad de obtener su propia muerte, sin que las personas que colaboraran en ella fueran castigadas por la justicia. Su demanda jurídica llegó hasta el tribunal de Derechos Humanos en Estrasburgo, sin que llegase a prosperar. Murió el 13 de enero de 1998, al ingerir voluntariamente un veneno de rápido efecto, grabando en vídeo sus últimas palabras y el proceso de su propia muerte.

Su lucha se podría resumir, a partir de sus propios escritos [\[1\]](#), de la siguiente manera:

* Un ser humano que tienen una tetraplejia no puede llevar una vida plena, sino tan sólo un sucedáneo de vida, una humillante esclavitud y siente un sufrimiento, en su caso moral, intolerable.

* Las terapias de rehabilitación, utilización de sillas de ruedas, actividad social etc. no son más que engaños de los médicos y la sociedad para llevar una vida que no es digna.

* La única salida válida es la curación. La curación es imposible. Yo no quiero ser una cabeza viva en un cuerpo muerto y llevar una vida indigna.

* La Constitución Española garantiza la dignidad a sus ciudadanos. La única solución para restaurar mi dignidad, es conseguir una muerte digna.

* El Estado me debe garantizar esa dignidad, que es una muerte digna. Por lo tanto no deberá penalizar a aquel que me ayude a morir, ya que me hallo físicamente incapacitado para realizar este acto por mí mismo, por lo tanto no estoy en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos, que sí pueden disponer de su vida libremente.

Su postura fue inmutable, racional, reflexionada y argumentada durante muchos años, pero los sistemas judiciales ignoraron sus peticiones, utilizando para ello cuestiones de forma, más que de fondo. Por ello, harto de luchar, decidió morir, como había sido su voluntad durante años, de una manera rápida e indolora. Para ello elaboró un plan en el que intervinieron muchas personas, pero en el que ninguna de ellas realizara ninguna acción constitutiva de delito en sí misma. Y él mismo grabó la acción final de ingerir un veneno, puesto al alcance de su boca, en un vaso, con una pajita para poderlo sorber, de manera voluntaria.

De su muerte en estas condiciones hace responsable a tres grupos: "El Estado, la religión, y todos aquellos que se amparan bajo la ley para imponer su voluntad". [2]

Entendió siempre que la conciencia racional debía estar por encima de la ley, ya que era justa en sí misma, y que su conciencia racional le decía que tenía derecho a una muerte digna.

Hay muchas personas que entienden, tal como al parecer expresó verbalmente en varias ocasiones, que su lucha fue personal y que

sólo le afectó a él, sin que el resto de las personas que tenemos tetraplejia ni otras limitaciones funcionales nos viéramos afectados.

Sin embargo los hechos desmienten esta “personalización” de su lucha. Al empezar a colaborar con la Asociación Derecho a Morir Dignamente (MDM), su lucha dejó de ser personal y solicitó un cambio de una Ley que hubiera afectado a otros casos como el suyo, y por lo tanto dejó de ser algo para él solo.

Además, el señor Sampedro editó y publicó un libro y permitió la difusión de un testamento en el que se vierten opiniones muy claras sobre muchos asuntos, entre otros el de su opinión sobre la tetraplejia y las personas que la tienen. Al publicar sus textos, eligió propagar sus ideas al gran público, y al hacerlo su lucha dejó de ser personal para afectar a toda la sociedad y en especial a la imagen de las personas que tenemos una tetraplejia, y por extensión a la imagen de todas aquellas personas que tenemos una limitación funcional.

Es más, también se ha realizado una película sobre su vida que ha tenido el efecto de magnificar todavía más alguna de sus ideas, convirtiendo su visión personal de las cosas en una realidad mediática que hace todavía menos personal esa lucha y lo convierte en un asunto público, motivo que justifica de sobra este análisis y este artículo, que habla de lo que se ha publicado, de Ramón Sampedro, de la película que se ha proyectado y de los hechos, porque su lucha dejó de afectarle sólo a él con estos elementos. En este texto no se analiza lo que dijo o quiso decir, ni lo que se supone que quiso hacer o decir.

La película Mar Adentro

La lucha de Ramón Sampedro, apoyada por la Asociación Derecho a Morir Dignamente, tuvo una importante repercusión mediática a mediados de los años 90, así como su definitiva muerte. No obstante, a los pocos años, su caso cayó en un ya habitual olvido social de temas espinosos a los que no hay fácil respuesta.

En el 3 de septiembre del año 2004, Alejandro Amenábar estrenaba en España el largometraje cinematográfico Mar Adentro. Una película que, basada en hechos reales, contaba la vida de Ramón Sampedro, con la sensibilidad y maestría a las que nos tiene habituados este joven director de cine.

La película ha sido vista en España por más de dos millones de espectadores, que se han visto enfrentados a la narrativa genial del director contando una versión personal de la vida de Ramón Sampedro, en la que predomina más la descripción de una vida que las argumentaciones y razonamientos del gallego.

En esta película, Amenábar toma partido a favor de la lucha de Sampedro, y tiene derecho a ello ya que el guión es suyo y no pretende ocultar la admiración por la lucha de una persona que, desde su cama en un rincón de Galicia, y apoyado por una asociación de Barcelona, tuvo en jaque a varias instancias judiciales, que respiraron cuándo dejaron de tener que enfrentarse a un tema tan espinoso como el de la eutanasia.

La película se ha convertido por lo tanto en la “versión oficial” de la vida de Ramón Sampedro y por eso merece un análisis un poco más profundo y una visión un poco más crítica, no porque en sí misma sea criticable, sino por el impacto mediático y social que ha tenido, y los sutiles errores a los que inducirá a la mayoría de la población.

A lo largo del desarrollo de la película hay una transición sin solución de continuidad del concepto de suicidio asistido, del que se habla al principio de la película, al de eutanasia, de la que se habla después, sin que haya ningún tipo de reflexión al por qué del cambio del nombre ni a la equivalencia, válida o no, de ambos conceptos.

A continuación, se presta muy poca atención a las diferencias fundamentales que existen entre la tetraplejia, consecuencia de la lesión medular de Sampedro, y la enfermedad degenerativa irreversible de Julia, su abogada. Para al espectador quedan como dos situaciones similares en las que lo lógico es barajar con naturalidad la idea de la muerte, como la mejor opción para encontrar la dignidad.

También y de manera sutil y dirigida se plantean dos finales de la vida distintos, el “valor” de Sampedro al afrontar su suicidio y el triste estado en el que termina Julia, que al final no tiene ese “valor” para decir adiós a la vida. Con una mera apariencia descriptiva, Amenábar presenta dos evaluaciones distintas entre ambas soluciones, dejando al espectador con la fuerte impresión del “valor” y las consecuencias no negativas que constituye la opción del suicidio.

Por otro lado, existe un absoluto vacío sobre los veintitantos años de convivencia de Ramón Sampedro con la tetraplejia, hasta que empieza su lucha con los tribunales. Sí existen, sin embargo, referencias repetidas a su pasado anterior, a su vida antes del accidente. Más de veinticinco años de vacío silencio, en los que parece no haber pasado nada digno de relevancia.

Es más llamativo todavía el ridículo absurdo, en posición, guión y defensa, que se hace de la postura de aquellos que disientían de Ramón Sampedro, concentrados en una discusión jocosa a gritos, a través de una escalera, entre Ramón Sampedro y la figura de un sacerdote del *Opus Dei*, también persona que tiene una tetraplejia, que aparece como un lunático, místico, irracional religioso sin ningún tipo de argumento ni oportunidad de darle ninguna coherencia. Coherencia que se concede a Sampedro a través de escasos razonamientos que salpican el guión.

Todos estos detalles conforman con sutileza la clara posición que Amenábar expone, y tiene todo el derecho a hacerlo, aunque simule que no toma partido, llevando con su genio habitual al espectador donde él quiere que esté. En una posición favorable a la lucha de Sampedro, a favor de la eutanasia, sin más.

Mar Adentro es por lo tanto una película con mucho más mensaje del que parece a primera vista, corta en reflexiones y debates serios, en la que la mayoría de los espectadores salen con visión, única, dirigida e inconsciente sobre la eutanasia, la muerte digna y su relación con la tetraplejia.

Apuntes sobre la eutanasia

Resulta curioso como muchos de nosotros, especialmente aquellos que tenemos una tetraplejia, nos hemos visto arrastrados a opinar con alegría y sin demasiado conocimiento sobre un tema tan complicado, difícil y espinoso como es la eutanasia.

Partiendo de un caso claro de suicidio asistido, Ramón Sampedro luchó por la eutanasia y arrastró a todos en la lucha sin que casi nadie se haya parado a reflexionar sobre qué es la eutanasia, y si el suicidio asistido es o no eutanasia.

Un somero análisis de la semántica de la palabra eutanasia produce un enorme grado de sorpresa.

En lo único que parece haber acuerdo consensuado en este país es en que etimológicamente procede del griego: eu (bien) y tanatos (muerte). Es decir, hay acuerdo en que hablamos de la “buena muerte”; de la manera de “morir bien”.

En el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, encontramos las primeras sorpresas. La palabra *eutanasia* cambia de definición en cada una de las tres últimas ediciones del DRAE

En la edición de 1989 del DRAE

eutanasia. *f. Med. Muerte sin sufrimiento físico y, en sentido estricto, la que así se provoca voluntariamente. | Doctrina que justifica la acción de facilitar la muerte sin sufrimiento a los enfermos sin posibilidad de curación y que sufren.*

En la edición de 1992 del DRAE

eutanasia. *(Del gr. εὖ, bien, y θάνατος, muerte). 1. f. Med. Muerte sin sufrimiento físico. 2. f. Acortamiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable, para poner fin a sus sufrimientos.*

En la edición de 2001 del DRAE

eutanasia. *(Del gr. εὖ, bien, y θάνατος, muerte). 1. f. Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él. 2. f. Med. Muerte sin sufrimiento físico.*

Obsérvese que hasta la edición de 2001, la eutanasia era voluntaria, y sólo en esta edición se contempla la falta de consentimiento.

Además, los sujetos receptores de la eutanasia pasan progresivamente de “enfermos sin posibilidad de curación y que sufren”, a “quien sufre una enfermedad incurable, para poner fin a sus sufrimientos”, para finalmente acabar en “pacientes desahuciados” [\[3\]](#).

Según estas definiciones del DRAE, y dado que Sampedro no estaba enfermo, sino que tenía lo que la Organización Mundial de la Salud ha definido como una deficiencia [\[4\]](#). Lo que pedía era suicidio asistido [\[5\]](#), no eutanasia.

Si buscamos otras definiciones, nos encontramos con que la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) propone la siguiente [\[6\]](#).

Entendemos que el significado actual del término eutanasia se refiere a la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico

De nuevo, siguiendo a la SECPAL, Ramón Sampredo no era candidato a la eutanasia por no tener ninguna enfermedad.

La Conferencia Episcopal, también propone una definición de eutanasia [7]:

Llamaremos eutanasia a la actuación cuyo objeto es causar muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna.

Así considerada, la eutanasia es siempre una forma de homicidio, pues implica que un hombre da muerte a otro, ya mediante un acto positivo, ya mediante la omisión de la atención y cuidado.

Como observamos, esta definición de la Conferencia Episcopal sí incluye el suicidio asistido dentro del concepto de eutanasia, ya que elimina el concepto de enfermedad y pone en juego los sufrimientos y la dignidad, argumentos ampliamente utilizados por Ramón Sampredo.

Por lo tanto, la Iglesia Católica es la única que entiende que Ramón Sampredo luchaba por la legalización de la eutanasia, mientras que el resto de la sociedad parece entender que lo que Sampredo pedía era la despenalización del suicidio asistido, contemplada en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

No es el objetivo de este documento entrar en demasiadas profundidades sobre la eutanasia, un asunto extremadamente complejo, sobre el que se han escrito ríos de tinta desde muchos puntos de vista. Por ello, a efectos del caso Sampredo nos limitaremos a establecer, que según la postura mayoritaria de un Estado teóricamente laico, Ramón Sampredo, en su lucha por lo que él llamaba una muerte digna, luchaba en realidad por la legalización del suicidio asistido, no por la legalización de la eutanasia, y arrastró en su confusión a toda la sociedad española, poco dada a reflexionar con profundidad sobre asuntos de esta complejidad.

Ese es el motivo de que en el último capítulo, dónde se analiza el pensamiento de Ramón Sampedro, apenas se hace referencia a la eutanasia, ya que el autor de este artículo respeta el derecho de Sampedro a hacer lo que hizo, pero entiende que es en el resto de los textos que dejó escrito dónde radica la esencia de su peligroso pensamiento.

En lo que respecta a la muerte asistida, y a pesar de que el Código Penal castiga la cooperación y la ejecución de la ayuda al suicidio con penas que van de seis meses a seis años de prisión, algunos estudios han revelado hace tiempo que la muerte asistida se practica en los hospitales. De hecho, una encuesta del año 2000, realizada por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU), señalaba que el 21% de los médicos entrevistados reconocía que la eutanasia activa y el suicidio asistido se practicaba y que el 16% de los familiares de fallecidos encuestados creía que la muerte del paciente fue acelerada por los facultativos.

Por lo tanto, Ramón Sampedro sacó a la luz un debate que es necesario tener en esta sociedad a todos los niveles, para de una manera pausada poder regular situaciones que se están dando *de facto* en nuestra sociedad, y en las que los médicos se ven obligados a actuar en ausencia de un marco legal que les ampare.

La legislación española

En la legislación española, lo que pedía Ramón Sampedro está tipificado como delito en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, Libro II. Delitos y sus Penas. Título I. Del Homicidio y sus Formas.

El **Artículo 143** del Código Penal (1995) dice textualmente:

- 1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.*
- 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.*
- 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.*
- 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e*

inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

De alguna manera, en esta ley se entiende que la participación en un suicidio asistido por “padecimientos permanentes y difíciles de soportar” (lo que solicitaba Sampedro) es punible, pero en un grado menor que otros tipos de suicidio asistido o inducido. Hay por lo tanto una diferente valoración, que Ramón Sampedro solicitó que se reevaluara para casos como el suyo, eliminando la pena.

Su lucha tenía y tiene sentido, ya que hay que afrontar socialmente este tipo de problemas, pero era por el suicidio asistido, no por la eutanasia.

La eutanasia en el mundo

A título informativo, describimos la situación de la eutanasia en el mundo, para poner de relieve que Ramón Sampedro ejerció una lucha no contra las convicciones del Estado español, como él creía, sino contra las convicciones de todo un planeta, lo que no quita mérito a su lucha, sino que pone de relieve lo difícil de su objetivo.

A excepción de Holanda, la eutanasia sigue prohibida en el mundo, aunque algunos países admiten ciertas formas.

* Dinamarca: el enfermo incurable puede decidir que cese su tratamiento.

* Francia: el Código Penal distingue entre eutanasia activa (acción directa para producir la muerte) y pasiva (cese del tratamiento).

* Alemania: puede ser autorizada sólo si corresponde inequívocamente a la voluntad del paciente y es aprobada por tribunales tutelares.

* Gran Bretaña: la Justicia autorizó a algunos médicos a suspender tratamientos de enfermos mantenidos artificialmente con vida.

* Estados Unidos: Oregon es el único estado norteamericano que admite esta práctica; allí rige, desde 1997, la “Ley de Muerte con Dignidad”.

La tetraplejía de Ramón Sampedro

Ramón Sampedro tenía una tetraplejía, consecuencia de la lesión medular producida al golpear su cuello con la arena al tirarse al mar.

El impacto personal, familiar y socioeconómico que ocasiona este tipo de lesión es muy alto. De acuerdo con estudios epidemiológicos, la población más afectada es la de jóvenes en etapa formativa o productiva, ya que la incidencia que se presenta es de 37 por ciento en accidentes de trabajo o domésticos, en deportes 20.5 y en accidentes automovilísticos representa 36 por ciento. Estos datos fueron tomados de un estudio practicado en Gran Bretaña durante los años de 1993-1995, reflejando que la incidencia de lesiones es más alta a nivel cervical (44 por ciento), seguido del torácico (41 por ciento) y de 15 por ciento a nivel lumbar.

La incidencia de la Lesión Medular traumática en España se estima en 2.5 casos cada 100.000 habitantes y año (aproximadamente 1000 personas al año). A estas deben añadirse las lesiones medulares de origen médico, que representan un 25% de las de origen traumático. Se estima que entre 30.000 y 40.000 personas viven en España con una lesión medular, de los cuales entre 12.000 y 18.000 tienen una tetraplejía. A este número de personas que tienen una tetraplejía por lesión medular hay que sumarle otra cantidad equivalente de personas que la han adquirido como consecuencia de otras deficiencias (polio, esclerosis, etc.)

Por lo tanto, la realidad de Ramón Sampedro la viven en este país alrededor de 30.000 personas, siendo conservadores con la estimación. No somos muchos, pero él no era, ni es, el único.

Ramón Sampedro tenía la médula lesionada a la altura de la vértebra cervical séptima[8]. Para aquellos no avezados en la terminología de este tipo de lesiones, conviene recordar que una lesión medular tiene consecuencias más graves cuanto más cerca de la cabeza se produce. La columna vertebral consta de diferentes grupos de vértebras. De arriba a abajo: cervicales, dorsales y lumbares. Las lesiones a la altura de las vértebras cervicales afectan a la movilidad y sensibilidad los cuatro miembros, y por eso se denominan genéricamente como tetraplejía.

Una lesión en la primera cervical es gravísima y hace muy difícil la supervivencia ya que implica el uso de respirador, marcapasos, etc. La gravedad disminuye en la segunda y en la tercera cervical, que

suelen seguir requiriendo respirador. La cuarta cervical suele permitir una mínima movilidad de hombros y un poco de un brazo, situación que mejora paulatinamente cuando la altura de la lesión es en la quinta y en la sexta vértebra. A esa altura tiene la lesión el autor de este artículo, que puede mover los brazos (con limitaciones), pero no los dedos de la mano lo que le impide aprehender determinados objetos, vestirse, lavarse, etc. Pero le permite escribir este texto utilizando el teclado del ordenador con los nudillos de las manos. Habitualmente, las personas con lesiones hasta la sexta tienen serias dificultades para empujar los aros y las ruedas de una silla de ruedas, por lo que suelen utilizar sillas automáticas, especialmente si su entorno es propicio para ello.

La lesión a la altura de la cervical séptima es la más leve de las tetraplejias, Muchas personas con esta altura de lesión pueden llegar a vivir solas ya que pueden aprehender objetos, utilizan sillas manuales en vez de automáticas, conducen, etc.

¡Sí, ha leído usted bien!. Ramón Sampedro tenía la más leve de las tetraplejias posibles. ¡Imposible, pensará usted! Si no movía nada los brazos y escribía con la boca (características de la cervical tercera y anteriores).

Efectivamente así acabó, pero pudo no haber sido así. La recuperación de la funcionalidad requiere de los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y médicos adecuados, pero también requiere algo mucho más básico: voluntad. Desconozco los medios de rehabilitación de los que se disponía en Galicia a finales de los años 60, pero es patente y queda en sus escritos su voluntad de no hacer ningún tipo de rehabilitación [9]. Otras personas que como él tuvieron el accidente a finales de los años 60, optaron por la voluntad de la rehabilitación y con lesiones más altas, han llevado una vida plena y activa.

Ramón Sampedro, por propia voluntad eligió la inmovilidad de la cama y por lo tanto la inmovilidad de sus brazos, algo muy infrecuente por su tipo de lesión. Al hacerlo, marcó su propio destino. Él mismo decidió perder la capacidad de suicidarse sin ayuda.

La visión desde la filosofía moderna de la discapacidad

Pasando a hablar en primera persona para reforzar el concepto de opinión personal sobre los textos de Ramón Sampedro que el lector encontrará en este apartado, es necesario decir que participo en una iniciativa denominada Foro de Vida Independiente [\[10\]](#), un espacio virtual creado sólo para reflexionar sobre la libertad, la dignidad, los derechos y el pensamiento que rodea a un colectivo diferente, diverso, el de las personas con discapacidad o personas con limitaciones funcionales.

Comparto con Ramón Sampedro una realidad: la tetraplejia, un objetivo: la búsqueda de la dignidad humana, un medio: el pensamiento racional y una “religión”: el ateísmo racionalista. Ahí terminan las cosas que compartimos.

Él buscó la dignidad en la muerte, en la negación de la realidad, en la consideración de la tetraplejia como algo indigno de un ser humano. Para ello emprendió una lucha personal.

Desde mi participación en el Foro de Vida Independiente, yo busco la dignidad en la aceptación de mi realidad, en mi convivencia con ella, en la convicción de mi dignidad como ser humano, antes que “tetrapléjico”. Para ello participo en una lucha social, en una lucha por la aceptación de la dignidad en la diversidad, en la convicción de que las personas con discapacidad somos un valor para la sociedad, no una lacra, como la sociedad nos hace creer. En la convicción de que la discapacidad, la pérdida de funcionalidad es algo siempre inherente al ser humano, que se evidencia en la mayoría de las personas con el envejecimiento, y por lo tanto es natural y enriquecedor.

Desde esa perspectiva, Ramón Sampedro se ha convertido en un rival a vencer. Su lucha personal la hizo pública, y en el proceso dejó escritas muchas afirmaciones que me hacen rebelarme desde lo más profundo de mi ser.

Respeto su lucha, en lo que concierne exclusivamente a su persona, sin embargo es necesario valorarla, al igual que sus pensamientos escritos, porque algunos atentan contra mi dignidad y la de todas las personas con discapacidad, que sin ser conscientes de que la sociedad les ha quitado su dignidad, hayan podido pensar que la dignidad se encuentra sólo en la muerte.

En su lucha particular, convertida en pública por la publicación de su libro “Cartas desde el Infierno” y su testamento, hace afirmaciones muy poco cuidadosas y respetuosas con los demás personas que tenemos una tetraplejia, Quizá no fuera su intención, pero son las palabras escritas y los hechos los que permanecen, no las intenciones. Del mismo modo, atrincherado en su tetraplejia, elabora un discurso maniqueísta sobre la dignidad del ser humano y arrastra al lector a conceptos que, al menos, admiten una contundente respuesta racional y argumentada.

La valoración de sus afirmaciones ha sido agrupada en distintos conceptos, para facilitar la lectura y para poder relacionar textos o ideas que aparecen en diferentes partes de sus escritos.

La responsabilidad del individuo

Ramón Sampredo hizo responsable de su manera de morir a “*El Estado, la religión, y todos aquellos que se amparan bajo la ley para imponer su voluntad*”.^[11] Curiosamente, él mismo parece no tener ninguna responsabilidad, y nadie se ha atrevido a trasladársela, pero la tiene.

1) “Te preguntas si en una silla de ruedas - te dejo que la llares así - habría sido distinto. No, nunca la quise ni la querré. ^[12]”

2) Cuando eligió no utilizar la silla y no rehabilitarse, eligió perder la funcionalidad que necesitaba para poder no implicar a nadie en el proceso de su propia muerte. Muchas de las personas con una limitación funcional derivada de una lesión medular a la altura cervical séptima que haya seguido un proceso de rehabilitación lo suficiente, pueden ir a comprar y manipular los elementos que necesitó para su suicidio. Este detalle pasa inadvertido a todos, pero es de gran relevancia, ya que tiene como consecuencia la proyección a los demás de un problema para el que él mismo se negó la solución. Fue por lo tanto víctima de su propia voluntad.

En su testamento pone:

3) “He decidido poner fin a todo esto de la forma que considero más digna, humana y racional.”

4) Por lo tanto acepta que ese tipo de suicidio es digno y ese mismo final lo habría podido alcanzar mucho antes, sin ayuda de nadie, si se hubiera rehabilitado.

5) “Para cambiar mi vida es necesaria una sola cosa: curarme” **[13]**

6) Resulta curioso que una persona que necesita una sola cosa para cambiar su vida: la cura, acabe involucrado en una lucha por la muerte. Quizá en su amplia lectura filosófica, obvió usted señor Sampedro una idea elaborada por Friedrich Nietzsche en el pasado: “No hay error más peligroso que confundir la consecuencia con la causa: yo lo llamo la auténtica corrupción de la razón”**[14]**. A causa de un hecho: la imposibilidad de curarse, acabó luchando por el efecto: morir para salvar su dignidad.

En mi opinión, la lucha obsesiva por la cura de la lesión medular, “su cura”, no habría ayudado a resolver su problema de dignidad, pero por lo menos habría dotado de coherencia a ese racionalismo que tanto esgrime en sus textos.

En su lucha por la dignidad en la muerte, ignoró otra solución, la lucha por la dignidad en la vida de las personas con discapacidad. Este camino ha sido emprendido hace pocos años en España por un grupo de personas con discapacidad, que en la búsqueda de su dignidad se han encontrado con la losa mediática generada alrededor de Ramón Sampedro y de otros famosos mediáticos. Al elegir la muerte digna, en vez de la dignidad en la vida, acabó aceptando la visión de todos aquellos a los que criticó, en vez de rebelarse contra ella.

Además emprendió un camino solitario y egocéntrico contra cuyos efectos nos toca luchar al resto de personas con alguna limitación funcional.

Su visión sobre la tetraplejia

En la frase:

7) “También me habré liberado de una humillante esclavitud -la tetraplejia-.”**[15]**

8) deja bien clara su opinión sobre **la** tetraplejia, no sobre **su** tetraplejia. Es éste un juicio de valor que refuerza la visión tradicional de la discapacidad, la indignidad de esa existencia. Acepta por lo tanto los valores tradicionales que tanto critica en sus textos. Acepta sin la más mínima reflexión un concepto que viene de siglos de tradición en los que han mandado esas personas a las que usted tanto critica. Creyéndose en la lucha por liberarse de las cadenas del

“poder y autoridad del Estado”, al cometer el suicidio les dio la razón en la opinión que ellos tienen sobre nuestra dignidad. Fue víctima del concepto tradicional de la discapacidad y cómplice de que a día de hoy sigamos teniendo que reclamar nuestra dignidad, porque les confirmó lo que ya pensaban, que nuestra vida era indigna.

No sólo cae usted en la trampa sino que además insulta, llamándonos “esclavos humillados”, a las personas que consideramos la convivencia con la tetraplejía una forma digna de vida y que luchamos por la plenitud de esa dignidad. Confunde al incauto y refuerza la visión tradicional de la discapacidad.

9) “Si se utilizase el lenguaje con precisión, sería menos engañoso afirmar que **un** tetrapléjico es un muerto crónico” **[16]**.

10) Perdóneme señor Sampedro, el engaño lo hace usted, porque no usa su lenguaje con precisión. La inmensa mayoría de quienes tenemos una tetraplejía, que somos unos cuantos, nos consideramos vivos, muy vivos. Efectivamente nuestra vida es más difícil, pero es sobre todo porque nadie pensó en nosotros al construir esta sociedad y porque nos discriminan y nos roban nuestros derechos cada día. Lo crónico es el robo de nuestros derechos, la ignorancia de nuestra existencia, el rebaje de dignidad que nos hace usted y otros como usted escribiendo y aceptando sin más frases como ésta.

11) “Te preguntas si en una silla de ruedas - te dejo que la llames así - habría sido distinto. No, nunca la quise ni la querré. Aceptar la silla es aceptar esa miserable libertad. Es aceptar un poco, también, el poder caritativo del sistema y su capacidad de persuasión. Aceptar la silla - me refiero a un tetrapléjico - es aceptar la apariencia de persona cuando no se es más que una cabeza”. **[17]**

12) Fue usted libre de no aceptar la silla, señor Sampedro, pero si la hubiera aceptado, casi con seguridad se podría haber usted suicidado sin ayuda de nadie. Al no aceptar la silla se hizo usted responsable de su futuro y de sus limitaciones. Sus problemas para suicidarse fueron también responsabilidad suya.

Yo la acepté, pero no porque me convenciera el sistema ni me persuadiera, sino porque con ella pude y puedo desarrollar mi vida y conseguir mis objetivos sin necesitar de la ayuda de terceros a quienes poner en un dilema moral.

Y fíjese que yo, que soy una persona que tiene tetraplejia, cuando me miro al espejo veo una persona, sentada, diferente, eso sí, pero una persona siempre. Usted veía lo que muchos otros ven y le hicieron creer, a usted le convenció el sistema, le persuadió. Conmigo no pudo el sistema y por eso lucho para que los demás vean una persona completa a la que poder sentir, tocar, rozar, amar, un ser humano más, diferente en su aspecto y en sus capacidades, con el que hablar, reír, cantar y llorar. Sus textos y su lucha no me ayudan demasiado, señor Sampedro.

13) “La calidad de vida consiste en una conformidad placentera, una percepción armónica del cuerpo y de la mente con el todo al que están condicionados y sujetos los sentimientos personales.... Cuando no hay calidad de vida, cuando el caos es total no hay más alternativa que la desintegración de la materia para renacer.” **[18]**

14) Estos conceptos que usted baraja no son nuevos señor Sampedro, están etiquetados como eugenesia, una teoría de perfeccionamiento de la raza que estuvo muy de moda durante el siglo XX por todo el mundo occidental. Se trata de eliminar, no dejar nacer o evitar la descendencia de seres humanos “imperfectos”. Su máximo exponente político se llamó Adolf Hitler, y utilizando los mismos razonamientos que usted asesinó a millones de personas como yo, como usted, a millones de personas que eran diferentes y a las que hizo el “favor” que usted pide: les desintegró en cámaras de gas, aunque nadie sabe si renacieron.

15) “Yo te pregunto, ¿quieres ser tetrapléjica? Si dices que sí, ya tienes la alternativa que deseas. Ya estás en el lugar que quieres estar. Si la respuesta es negativa, ¿puedes explicarme por qué te ves obligada a serlo?” **[19]**

16) Efectivamente señor Sampedro, mi respuesta es negativa, no quiero tener una tetraplejia, pero me ha tocado tenerla. No conozco a ningún pobre que quiera serlo, pero le ha tocado. No conozco a nadie que quiera la muerte de su hijo o de su hermano, pero estas cosas ocurren señor Sampedro, son parte de la realidad de la vida. Yo soy un ser conformado por mi esencia y mis circunstancias y las acepto señor Sampedro. Sé que no me voy a curar, y que tengo limitaciones funcionales que empeorarán con el tiempo, pero también sé que soy libre, y que en una sociedad diseñada para que las personas como usted y como yo pudieran desenvolverse en igualdad de condiciones, una sociedad en la que nuestros derechos

fueran respetados *de facto* viviría mucho mejor. Por eso lucho, para que seamos aceptados y valorados, con ello ayudo a construir una sociedad más justa, más libre, y esta lucha la hago desde mi convivencia con mi tetraplejia, porque es una realidad inherente a mí.

La dignidad

Ramón Sampetro parece representar una nueva visión de la dignidad en la discapacidad.

17) “Mi único propósito es defender mi dignidad de persona y libertad de conciencia, no por capricho, sino porque las valoro y considero y considero un principio de justicia universal.” [20]

18) Menuda manera eligió usted de defender su dignidad, señor Sampetro. Se creyó todo lo que le contaron sobre la discapacidad, aceptó la pérdida de su dignidad, y no vio más alternativa que la muerte. Era usted libre, pero en mi opinión se obcecó en una lucha egocéntrica y equivocada. No fue usted capaz de ignorar lo que le enseñaron ni de luchar por la dignidad en la vida de personas como usted y como yo. Esa lucha podría haberla librado contra todo lo establecido, habría servido para muchos, no sólo para usted mismo, y habría colaborado en la erradicación de la discriminación que sufre nuestro colectivo. Triste esfuerzo dilapidado en una lucha que nos condena de nuevo a lo que ellos ya pensaban. No le agradezco nada su lucha, puesto que sin querer luchó en contra de lo que yo lucho, y la lucha es ya lo suficientemente difícil como para aceptar este tipo de “ayudas en favor de la dignidad”.

19) “El concepto constitucional de la dignidad de la persona no puede quedarse a la altura de un simple derecho a que la persona no pueda ser torturada, humillada, por el poder y la autoridad del Estado. Se tendría que entender que la persona tiene el derecho a no ser humillada por la tortura del sufrimiento inútil, irremediable y atroz.”

[21]

20) De nuevo estamos de acuerdo en que la dignidad de la persona no debe quedar sólo en el papel de la Carta Magna, pero la subjetividad que usted propone en su percepción de su propia situación que siente como sufrimiento “inútil, irremediable y atroz” es difícilmente trasladable al resto de los individuos de la sociedad, especialmente a aquellos que percibimos de manera distinta una

realidad parecida a la suya. La persona es libre de tener una percepción subjetiva de su realidad, pero no es el Estado quien debe mantener derechos basados en los sentimientos individuales.

La Filosofía del Derecho

A la hora de hablar de derecho, el señor Sampedro vierte una serie de afirmaciones peculiares que también merecen un análisis.

21) “me gusta hablar con las personas, querida Belén, pero el tema que yo planteo es la eutanasia como derecho humano.” **[22]**

22) Tenía y tiene usted derecho a plantear la eutanasia como un derecho de las personas, pero estará de acuerdo conmigo en que el derecho a morir con dignidad sea quizá de los menos prioritarios, ya que quedan otros muchos por hacer efectivos para que la vida de todas las personas, incluida la suya llegue a ser digna.

Entenderá que me preocupa mucho más el ejercicio efectivo de los derechos humanos en todo el mundo, y que si llega ese día, quizá no haga falta plantear la muerte digna como uno más. Se adelantó usted, señor Sampedro y apuntó muy alto, buscando una solución fácil a un problema extremadamente difícil: conseguir la vida digna para **todos** los seres humanos.

23) “como ejemplo, puestos a discusión en el caso de la eutanasia, la voluntad moral y ética de la persona debe prevalecer sobre las teorías y las leyes.” **[23]**

24) En mi opinión, su concepción individualista de la vida, le hace verla de una manera poco acertada. Si su voluntad moral y ética debe imperar sobre las leyes, la única persona afectada debería ser usted, y debería haber adoptado las medidas necesarias, y en su caso factibles, para que nadie más se vea afectado por su moral y su ética.

Empujar a alguien a ayudarlo a morir porque usted se negó a adoptar las medidas que le permitieran suicidarse solo, es imponer su moral y su ética a otras personas. A partir de que otras personas entran en juego, la moral y la ética que imperan no son las suyas, son las consensuadas por la sociedad y el reflejo de ese consenso son las leyes de las que disponemos. Por lo tanto su enfoque es erróneo y egocéntrico.

25) “Se podría decir que toda ley que impide ayudar a morir racionalmente representa la maldad. Y la humana razón del médico Kevorkian la bondad cuando ayuda a morir a un semejante.” [24]

26) Entiendo que debe usted ser un gran conocedor de la vida del Dr. Kevorkian, más conocido como el “Doctor muerte”, y debe usted considerarle el paradigma del bien, ya que comparte su pasión por la muerte como fin último y digno. Supongo que compartirá también con tan “bondadosa” persona su defensa del holocausto nazi porque “jamás podrán volver a hacerse los experimentos con humanos” de los campos de la muerte. En alguno de sus párrafos ya había usted expresado una cierta connivencia con los principios eugenésicos que utilizaron los nazis. Lo que no entiendo es que nadie se haya revelado contra esas afirmaciones que apestan a nazismo y encumbran a asesinos condenados a penas de prisión.

Si nuestras leyes son para usted la maldad, porque impiden que alguien ayude a otra persona a morir racionalmente, pero no le impiden suicidarse, y el asesinato y la eugenesia son para usted la bondad, nos encontramos en una visión antitética de la vida, y me fascina ser el único que llama a las cosas por su nombre.

Quiero creer que no reflexionó usted lo suficiente, o que lo que escribió no era lo que tenía intención de decir, pero como mi análisis se basa sólo en sus textos, no me queda más remedio que decirle que fue y es usted un peligro público para la vida de las personas que somos diferentes, un pensador trasnochado y engañoso que se atrincheró bajo la nimia excusa de la tetraplejía para emitir opiniones que, viniendo de otra persona, habrían sido duramente contestadas.

Personas como usted son perniciosas para el desarrollo vital de una sociedad basada en la diversidad. Su pensamiento es el de un nazi eugenésico tradicional y está basado en la superioridad del que se cree mejor por cumplir unos cánones, se quita de en medio cuando ya no cumple los requisitos, y además encuentra dignidad en ello.

Conclusión

Quizá yo sea la única voz que se alce contra usted desde la razón, pero le aseguro que lo hago porque lucho por mi dignidad, por la dignidad de las personas como yo; en definitiva por la dignidad en la vida de todos los individuos. Y en esa lucha, sus textos, su pensamiento son para mí lo más peligroso que se ha escrito en los

últimos años en contra de las personas que tenemos una tetraplejia y por lo tanto una limitación funcional.

Nos engañó a todos, haciendo ver que su lucha era personal, que le afectaba sólo a usted. Su legado de una falsa lucha por la eutanasia, que partió de su negativa a rehabilitarse de manera que pudiera suicidarse, su excusa como persona que tuvo una tetraplejia, sus textos tan llamativos, han llevado a la sociedad a pensar que usted tiene razón, razón que yo no le doy, y espero que el lector de este artículo llegue a la misma conclusión que yo.

Esta es mi respuesta a la timidez, la distancia y el miedo con el que se aborda su pensamiento, señor Sampedro. Ojalá algún día alguien haga películas sobre personas como yo y la opinión pública entienda que nos robaron nuestra dignidad y usted fue cómplice, y que esperamos que con el tiempo nos devuelvan esa dignidad y podamos ser ciudadanos en igualdad de condiciones, de manera que nuestra existencia sea valorada y, por fin, nos sintamos a gusto con la sociedad que construimos. Una sociedad para todos que acepte la diversidad y la riqueza de todas las personas, sin importar el color, la religión, el género, la sexualidad, el origen, la edad, ni las limitaciones funcionales.

Bibliografía

Comité Ético de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. “Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos”. Publicación: 24 de abril de 2002.

<http://www.unav.es/cdb/secpal2.html>

Conferencia Episcopal Española, Comité para la defensa de la vida. “La Eutanasia 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos”. Febrero de 1993.

<http://www.unav.es/cdb/ceeseutanasia100.html>

Datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Instituto Nacional de Estadística.

<http://www.discapnet.es/>

Descripción... Lesión de la Médula Espinal.

<http://salud.discapnet.es/discapacidades+y+deficiencias/discapacidades+neurologicas/lesion+medula+espinal+18/>

KASS, L. R. y LUND, N. (1996): «La muerte ante los jueces: la ayuda al suicidio, los médicos y la ley». *Commentary* 1996 (Dic.): 17-29.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Organización Mundial de la Salud. Hacia un lenguaje común sobre Funcionalidad, Discapacidad y Salud. CIF. La Clasificación Internacional sobre Funcionalidad, Discapacidad y Salud.

<http://www3.who.int/icf/beginners/bg.pdf>

Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española: «Eutanasia». Ediciones de 1989, 1992, 2001.

ROMAÑACH CABRERO, J. (2002): «Héroes y Parias, la Dignidad en la Discapacidad». Artículo presentado en el I Congreso Virtual *Derecho y Discapacidad en el Nuevo Milenio*. Badajoz, 15-16 de noviembre de 2002, ed. Fundación Academia Europea de Yuste, Badajoz, 2002.

(2003): «Las Personas con Discapacidad ante la Nueva Genética», en GARCÍA MARZÁ, D. y GONZÁLEZ, E. (Eds.) (2003): *Entre la ética y la política: éticas de la sociedad civil*. Actas del XII Congreso de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política, Castelló: Publicacions de la Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions.

(2003a): «Reflexiones básicas sobre Bioética, la Nueva Genética y la Discapacidad». Ponencia presentada en el I Congreso Europeo sobre Vida Independiente. (Tenerife, 24-26 de abril de 2003).

SAMPEDRO, R. (2004): *Cartas desde el infierno*. Editorial Planeta. Segunda Edición. Octubre de 2004

«Testamento Íntegro». <http://www.eutanasia.ws/ramtest.html>

[1] Este resumen está basado en los escritos de Ramón Sampedro: su testamento y su libro “Cartas desde el infierno”..

[2] Sampedro, R. “Cartas desde el infierno”. Pág. 211.

[3] Donde desahuciar se define en la misma edición del DRAE como: “Dicho de un médico: Admitir que un enfermo no tiene posibilidad de curación”

[4] Según la OMS, en su versión de la CIF de 2002, deficiencia es un problema (como un pérdida o desviación importante) con el funcionamiento del cuerpo o su estructura. La deficiencia suele ser irreparable (en este momento de la evolución de la ciencia médica), pero no es una enfermedad.

[5] Según el DRAE: suicidarse. 1. prnl. Quitarse voluntariamente la vida.

[6] Comité Ético de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. “Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos”. 24 de abril de 2002

[7] Conferencia Episcopal Española, Comité para la defensa de la vida. “La Eutanasia 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos”. Febrero de 1993.

[8] Sampedro, R. “Cartas desde el infierno”. Pág. 19.

[9] *Ibidem*. Pág. 85

[10] El “Foro de Vida Independiente” es una comunidad virtual –que nace a mediados de 2001- y que se constituye como un espacio reivindicativo y de debate a favor de los derechos humanos de las personas con todo tipo de discapacidad de España. Se encuentra en <http://es.groups.yahoo.com/group/vidaindependiente/>. Esta filosofía se basa en la del Movimiento de Vida Independiente que empezó en los EEUU a finales de los años sesenta.

[11] Sampedro, R. “Cartas desde el infierno”. Pág. 211.

[12] *Ibidem*. Pág. 85.

[13] *Ibidem*. Pág. 157.

[14] Friedrich Nietzsche. Crepúsculo de los Ídolos. Los cuatro grandes errores. (1889)

[15] Sampedro, R. “Testamento Integro”

[16] Sampedro, R. “Cartas desde el infierno”. Pág. 11.

[17] *Ibídem*. Pág. 85.

[18] *Ibídem*. Pág. 58.

[19] *Ibídem*. Pág. 128.

[20] *Ibídem* Pág. 255.

[21] *Ibídem*. Pág. 83.

[22] *Ibídem*. Pág. 57.

[23] *Ibídem*. Pág. 67.

[24] *Ibídem*. Pág. 237.

Muerte a petición: ¿caridad o crimen?

Reflexiones sobre la filosofía de Anselm Winfried Müller

Dr. Hans Thomas. Director del Lindenthal Institut (Köln, Alemania)

El paciente Schmitz morirá si no se le trasplanta un corazón nuevo, lo mismo que el paciente Meyer, que necesita un nuevo pulmón para sobrevivir. Sin embargo, los trasplantes necesarios todavía no están al alcance, a no ser que se mate al Sr. Müller, una persona sana. En todo caso, se salvarían dos vidas. Dos vidas contra una: un cálculo claro al servicio de la vida. John Harris, que ha introducido el caso en la discusión filosófica, arguye que, al fin y al cabo, al Sr. Müller simplemente no se le puede ir a buscar por la calle, y que la elección de la víctima exigiría, desde luego, un procedimiento imparcial y equitativo. Lo que Harris propone ha entrado en la discusión especializada bajo el nombre de “lotería de la supervivencia”. Sin duda alguna –opina– merecería todo nuestro respeto la moral de la sociedad que así se comportara.

La lotería de la supervivencia de John Harris se cuenta entre los frutos más recientes de la bioética utilitarista. La gente que solamente cuenta con su sentido común tendría por absurda esta idea. Y ello lo puede comprobar el lector preguntando en su entorno. Sin embargo, en los círculos especializados de la bioética, como poco el asunto resulta discutible. De otra manera no se comprende que el cálculo de John Harris sobre la vida y los valores vitales sea tan fervorosamente atendido por la literatura especializada. En todo caso, ya nos hemos acostumbrado desde hace tiempo a cálculos de este tipo, como ocurre con los arreglos legales acerca de la protección o supresión de la vida de los no nacidos. John Harris únicamente se aferra a ese principio y lo desarrolla.

Otro ejemplo: la “muerte a petición”. El sano juicio también aquí se resiste, por principio, a la mera insinuación de matar a alguien sólo porque el interesado lo pida. Pero, ¿acaso no es un individuo “autónomo” y con libre voluntad quien en último término sabe mejor que nadie lo que es bueno para él? Y ¿qué derecho tengo yo a impedir lo que sea bueno según su criterio?

Planteada así la cuestión, de un modo tan abstracto e intelectual como ambiguo, el sentido común se encuentra de pronto falto de argumentos. Objetará en seguida que no se puede matar a una persona inocente porque la vida humana es sagrada. -Mas ¿cómo sagrada?, le responderán: ¿Puede explicar esto?

John Harris –y con él muchos otros como Peter Singer, Georg Meggle y Norbert Hoerster, que son los más conocidos en nuestro entorno– afirman que la vida humana no es en modo alguno sagrada, y piensan que ellos sí pueden fundamentar lo que dicen. La tesis de la sacralidad o de la indisponibilidad fundamental de la vida humana –afirman– constituye únicamente un prejuicio carente de sentido crítico. La pretensión de salvaguardar la vida humana presupone que ésta posee facultades que justifican tal pretensión. En relación a qué facultades sean las que justifiquen dicha pretensión todavía se discute. Carecen, por ejemplo, de la condición necesaria para exigir algo similar al derecho a la vida quienes no disponen todavía de la autoconciencia, o los que han dejado de disponer de ella, o bien quienes carecen de la conciencia temporal, de modo que les falta interés por seguir viviendo, o quienes ya no pueden continuar teniéndola por esa razón, o incluso quienes la han perdido definitivamente. Puede ser que, a pesar de ello, todavía no se les pueda eliminar si, por ejemplo, matarles pudiera chocar con los intereses de las personas que aprecian al afectado o sencillamente si esto va en contra del interés público. Así, la posibilidad de que llegue a permitirse la eliminación de los recién nacidos, que no disponen de las mencionadas condiciones para titular el derecho a la propia vida, podría conducir a una situación de considerable inseguridad social. Tales juegos filosóficos de pacotilla terminan por “ilustrarnos” que matar no es, por principio, éticamente rechazable, especialmente al comienzo y al final de la vida, esto es, cuando se trata de no nacidos, pero también de recién nacidos y de dementes, personas en coma irreversible, enfermos terminales o que sufren mucho, tanto más si son ellos mismos quienes lo piden.

Entre los profesores que aducen semejantes argumentos, un grupo no fue invitado a un simposio filosófico-científico sobre Ética aplicada organizado por la Sociedad austríaca Ludwig Wittgenstein en 1998. Ello ocasionó una protesta pública por parte de la Asociación de Filosofía Analítica (GAP). En abril de 1998, seis profesores alemanes, en nombre de dicha Asociación, se dirigieron al presidente de la citada Sociedad austríaca en carta abierta, oponiéndose a

cualquier restricción de la libertad científica, y rechazando tal “exclusión sistemática de todo un grupo de científicos”, a la vez que le imputaban “un acto de sumisión a los enemigos de la libertad científica”.

A ello respondió el presidente de la Sociedad Wittgenstein, el 13 de mayo de 1998, que no tenía dichos argumentos como dignos de consideración. Con la protesta por el “acto de sumisión ante lo enemigos de la libertad científica” parece que la GAP sólo pretendía intimidar a la Sociedad Wittgenstein por el escándalo que protagonizaron las diferentes escenificaciones de Peter Singer en varias ocasiones, así como con motivo de las acciones de protesta de las asociaciones de inválidos (cuyo derecho de protesta, entonces, tampoco debiera rechazarse sin examen previo).

Los argumentos en la disputa entre ambas sociedades filosóficas no han sido dados a conocer; al menos no se vislumbran claramente en la correspondencia mantenida entre ellas. No obstante, el filósofo de Treveris Anselm Winfried Müller presenta en un libro suyo una adecuada argumentación que apoya a la Sociedad Wittgenstein, apelando a la responsabilidad que debe mantenerse frente a la cultura filosófica a cuya luz posiblemente se pone de manifiesto incluso de forma ingenua la protesta de la GAP. Este libro apareció poco antes de comenzar la citada discusión bajo el título *Muerte a petición: ¿Obra de caridad o crimen?*. Ahí Müller repasa y argumenta con todo detalle las cuestiones que hoy se debaten en el campo de la Ética aplicada en torno al comienzo y el final de la vida humana. Ya en la introducción se plantea el problema de si debe discutirse desde el punto de vista ético-filosófico algo tan evidente como la prohibición incondicional de dar muerte a alguien, así como si no sería mejor y más responsable –incluso respecto a la cultura filosófica– considerar esa acción como algo tabú. ¿Acaso no es una parte evidente y sobreentendida de la cultura la prohibición fundamental de matar, algo que ni precisa ni soporta discusión? Müller se remite al significado de lo que es evidente por sí mismo en toda discusión que, como tal, sólo encuentra su marco preciso cuando puede recurrir a esos principios que, por evidentes, resultan indiscutibles. “Quien, en el transcurso del debate, pone en cuestión el rechazo absoluto al 'permiso de matar', está sacando del suelo las raíces de nuestra orientación moral, para verificar que están sanas” (p. 13).

El planteamiento de Müller sitúa la discusión entre las dos sociedades filosóficas en su auténtica dimensión, y de ahí que los miembros de la GAP que protestaban hayan de preguntarse si con su acrítica alabanza a la libertad científica acaso no están haciendo el papel de ingenuos jardineros. Romper el tabú –la postura de la GAP– o no romperlo –posición de la Sociedad Wittgenstein– constituye en sí mismo una cuestión verdaderamente ética. Y discutir una evidencia como la prohibición categórica de matar a los inocentes exige como poco tomar seriamente en consideración la postura contraria, e interesarse por sus reales o supuestos fundamentos. Es decir, habría que calibrar la posibilidad de que, llegado el caso, se admita dar muerte a no nacidos, a ya nacidos, dementes, comatosos y terminales... Con la obligada consecuencia de tener que acostumbrarnos en el futuro a considerar las cosas de este modo.

Sin duda la ruptura del tabú se consumó ya hace tiempo. Las discusiones académicas siguen su curso, ya se trate de la investigación con embriones, del aborto, de la eutanasia temprana, de la muerte a petición, o incluso de la eutanasia involuntaria e inconsciente. No sólo se discute en la torre de marfil de la pura especulación sino que, poco a poco y tema por tema, las comisiones de ética aspiran a ser los órganos de decisión y control, tanto de los proyectos de investigación biomédica como de las actividades clínicas.

Sin embargo, con la ruptura consumada del tabú se produce una nueva situación. Según Müller, cabe incorporarse a la discusión y no permitir que los demás puedan hacerse con ella. De ahí que no se limite a la defensa de dicho tabú; le habrían bastado veinte páginas para ello, pero él escribe un libro de doscientas. A la vista de tal abundancia de detalles, a veces se puede perder el hilo conductor que, sin embargo, permanece inalterado en apoyo de ese tabú: el valor incondicional de la vida humana. Anselm Winfried Müller aborda la cuestión de por qué el individuo mencionado al principio, hombre prudente y bienpensante para quien –apoyado en su sentido común– dar muerte a un inocente siempre es rechazable, se encuentra no obstante en apuros para fundamentar argumentalmente por qué la vida humana es “sagrada” y, por tanto, resulta indisponible. Mas este aprieto retórico que el citado individuo bienpensante vive como una debilidad, la argumentación de Müller lo convierte en una auténtica fuerza contra la relativización de la prohibición de matar, ya que el interés por una justificación –

prosigue Müller– no constituye más que una artimaña intelectual que atrae a nuestro hombre a una trampa. La “sacralidad” o, más concretamente, el valor incondicional de la vida humana no es argumentable, ya que tal valor incondicional constituye, por el contrario, el fundamento de toda valoración ética y la medida de su rectitud. Quien niegue esa indisponibilidad, lo que hace es no aceptar precisamente el criterio ético. Quien la niega tampoco puede fundamentar que la vida humana tenga sólo un valor condicional y relativo, que permita dado el caso matar a alguien.

¿Cómo se nos muestra el valor de la vida?, se pregunta Müller. La respuesta se la proporcionan los ingleses Mary Geach y Luke Gormally, con una metáfora: igual que el significado de una expresión no puede probarse ni demostrarse, sino que únicamente se nos muestra en cómo se aplica, del mismo modo el valor de la vida humana se nos muestra a través de la manera en que se la trata y cuida. En este tema, la actitud de cada cual es anterior al discurso ético, y no constituye por tanto su objeto. De lo contrario, tal discurso sería imposible, como una conversación con expresiones cuyo significado no fuera conocido. De ahí se sigue que los discursos que carecen de tales normas o principios previos no sean realmente discursos. Es natural que, así las cosas, también pueda generarse discusión –estos ejemplos los pone Müller– sobre si realmente debe objetarse algo a la práctica del sexo con niños, o si la prohibición general de la tortura es verdaderamente razonable y necesaria, o si no debiera permitirse la esclavitud en determinadas circunstancias (como cuando alguien se vende a sí mismo para liquidar deudas o para librarse de otra situación embarazosa, y lo hace apelando a su derecho a la libre autodeterminación).

Los derechos humanos han sido “declarados”, es decir, fijados como principios, porque no se pueden deducir racionalmente, a no ser recurriendo a la religión. Se formularon con base en la experiencia histórica resultante de sus respectivas violaciones. Hoy Peter Singer y Norbert Hoerster escriben libros enteros en los que presumen ficticio un derecho incondicional a la vida humana. Pero estos libros tampoco fundamentan la teoría de que no existe tal derecho incondicional, sino que revelan su afirmación más bien como si se tratara de un artículo de fe. (Que Dios haya creado el mundo es un artículo de fe, como lo es igualmente que el hombre se haya creado a sí mismo, pero eso pertenece a otro credo). De acuerdo con ello, estos autores intentan formular en sus libros, al modo de los

tratados teológicos, la plausibilidad del valor relativo de la vida y de una reinterpretación de la entera realidad a esa luz. Lo bueno de sus libros, sin embargo, es que, por un lado, desenmascaran de forma muy precisa las frecuentes incongruencias éticas de muchos que hablan del derecho incondicional a la vida, pero no se lo toman en serio, traicionando sus propios principios y, de otra parte, que siguen pensando, de forma previsor y consecuente donde aquéllos acaban porque se asustarían si sacaran las consecuencias lógicas de sus propios postulados. En realidad, si a alguien le está permitido matar antes del nacimiento, ¿por qué no después del mismo?

Lo que se ve en una discusión sobre Ética aplicada entre filósofos que estiman incondicional el valor de la vida humana y otros que, como Peter Singer, piensan que el valor de la vida humana y el de la de cualquier otro animal no se diferencian sustancialmente, es una lucha entre creencias dispares, y ello con la variante de que la actual presión sociopolítica dominante, que empuja a la obtención de consenso, tiende a compromisos arriesgados entre algo así como artículos de fe mutuamente excluyentes que invitan una vez más al general escepticismo. La consiguiente pérdida de referencia moral y de normativa orientadora supone que el relativismo ético – democráticamente desnivelado– constituye un pluralismo de representaciones axiológicas.

Peter Singer es buen amigo de los animales. La defensa de los animales tiene un gran impacto en su visión del mundo y del hombre, llevándole su preocupación por aquéllos a denunciar la pretensión de una categoría especial para el hombre como un tipo particular de egoísmo que él denomina “especieísmo”. Con este egoísmo, el hombre discrimina a los animales de la misma forma en que lo hacen los racistas respecto a los individuos de otra raza. Así, la vida de un chimpancé adulto y sano tiene, según él, más valor que la de un niño recién nacido, la de algunos enfermos mentales o en coma irreversible, porque en todo caso mostraría más autoconciencia. Dicho más claramente: así se liquidan todos los derechos humanos.

Tan lejos no llega Norbert Hoerster, pero también él relativiza el derecho del hombre a la vida. Ese derecho –afirma– se basa en el interés por sobrevivir del individuo concreto. Tal interés está ausente, ya en el caso de quien ha manifestado expresamente su deseo de morir, ya en el individuo carente de una conciencia de su propio futuro, como ocurre en el caso de comatosos, dementes, no

nacidos e incluso recién nacidos. De ahí que les falte también el interés en seguir viviendo. Mas como no es fácil determinar con precisión el momento en que se despierta la expectativa de futuro y, en consecuencia, el interés por sobrevivir, por razones prácticas recomienda Hoerster que se excluya a los recién nacidos del derecho a autorizar su muerte. En general debe admitirse con criterio restrictivo.

En lo que respecta al valor de la vida, Anselm Winfried Müller señala que Hoerster nos remite a otro tipo de valoración completamente distinto. Müller deja a Hoerster que se explore acerca de una valoración tan subjetiva como relativa: “El valor que una determinada vida humana posee, considerado de modo realista, no es más que el conjunto de valoraciones o de estimaciones que van asociadas al transcurso de ella. En este sentido puede distinguirse entre el valor extrínseco de una vida (valoraciones asumidas desde el punto de vista de otro o de la misma sociedad), y su valor propio (valoraciones asumidas según el propio criterio de su portador) (p. 76).

Ahora bien, en todo caso la vida del hombre no es cualquier cualidad, no es una propiedad de un “portador”, pues constituye el modo de existencia del individuo, sin el cual éste no se da. No existe equivalente alguno. Esto impulsó a Kant a hablar de la dignidad: “Lo que tiene un precio también puede encontrar en su lugar algo distinto que pueda considerarse como equivalente; por el contrario, lo que se alza por encima de cualquier precio, eso posee dignidad” (p. 78). Precio o equivalente, según Müller, no tiene que ser entendido en un sentido de valor de cambio, es decir, como algo reemplazable; puede considerarse igualmente de manera funcional, en el sentido de valor de uso. Müller aclara que, según ese criterio, hoy la vida “se da contemplada como vehículo de las propias vivencias”: “Si esas vivencias son deseadas –o consiguen contrapesar las insatisfacciones con las satisfacciones, entonces el vehículo será provechoso: la vida merece vivirse. Por el contrario, si las vivencias insatisfactorias predominan, entonces no merece vivirse. Matar resultará, así, prescindiendo de consecuencias indirectas, algo malo sólo en cuanto se le hurte a la víctima un futuro globalmente satisfactorio” (p. 79).

Contra las valoraciones de la vida que distinguen entre la que merece y la que no merece vivirse, Müller aduce dos sólidos argumentos: primero, que las valoraciones de ese tipo suelen

ocuparse exclusivamente de casos excepcionales en los cuales alguien desea la muerte en función de su extremo sufrimiento. En efecto, para querer vivir normalmente no se precisa ni de una valoración ni de recurrir a una perspectiva sobre las buenas experiencias que prevalezca en su conjunto por encima de las incertidumbres vitales que aparecen en el horizonte. Querer vivir constituye un hecho primario de nuestra vida.

Por otro lado, en el primer caso parece que el deseo de morir manifestado por un paciente con graves sufrimientos es decisivo para la valoración de su vida como “no merecedora de vivirse”. Sin embargo, su “decisión propia” sólo aparentemente posee una trascendencia relativa. Aquel deseo realmente sólo juega el papel de justificar la estimación negativa –“carente de valor”–, ya que tal juicio presupone que otros puedan coincidir con ese deseo. Si el médico que debe auxiliar el deseo de morir no puede hacerlo suyo, entonces no le incumbirá la muerte a petición del paciente, como tampoco a un mendigo sano que se promete mejores ingresos en el futuro le amputará una pierna sana por ese simple deseo. Resulta, pues, decisivo el juicio de aquel que debería de ayudar a morir a un paciente. Su juicio, sin embargo, no tiene que presuponer necesariamente el deseo de morir por parte del paciente. Cuanto más se acostumbre a esta práctica, con más probabilidad ejercitará el médico su parecer aún en el caso de que aquel deseo ni siquiera haya sido expresado y, precisamente según la siguiente pauta: si ese enfermo pudiera expresarse ahora libre y correctamente, entonces querría morir. Es decir, que un hombre sano –el médico– se arroga un juicio sobre el valor o disvalor de la vida de otra persona.

Este desarrollo de la cuestión es inevitable. A un médico que haya matado a un paciente puede parecerle que ha hecho algo bueno en ciertas circunstancias determinadas. Después sólo tiene dos posibilidades: o revisar su opinión y arrepentirse de haber actuado de ese modo, o seguir practicando la eutanasia en casos semejantes teniéndola, como en el primer caso, como buena, ya sea por auténtica convicción, ya como autojustificación. Esto se convertirá en norma. Si el médico se propone no practicar nunca la eutanasia contra la voluntad o sin la autorización del paciente, no se negará en todo caso porque su opinión de que en una determinada situación la eutanasia sería, en principio, lo acertado y bueno todavía depende de si el paciente lo desea. Por tanto, el respeto a la voluntad de éste resulta ser una consideración secundaria y complementaria.

A partir del momento en que en Holanda comenzó a tolerarse la muerte por demanda, la cifra de casos de eutanasia no voluntaria ha aumentado considerablemente. Según un informe encargado por el Ministerio de Justicia holandés, en 1995 hubo cerca de 3600 casos de eutanasia (de los cuales sólo 1466 habían sido notificados). En 900 casos no se había requerido la conformidad de los afectados.

Respecto de la muerte a petición, tema nuclear del libro de Anselm Winfried Müller, se articulan una serie de cuestiones particulares que él examina con detenimiento. La respuesta dependerá de la orientación filosófica, es decir, de la definición de lo que realmente constituye a la persona o, por ejemplo, si el interlocutor suscribe una ética deontológica (ética de deberes y prohibiciones, como la de los Diez Mandamientos o la de los derechos humanos), o bien una ética utilitarista (en la que no interesa primariamente lo que está permitido hacer sino si es deseable o no lo que en concreto ocurre de modo impersonal). Müller señala dos puntos de disputa que son dignos de atención: en primer lugar, la diferencia entre matar y dejar morir; en segundo lugar, la relación entre la aceptación de la muerte por demanda y la valoración jurídico-moral del suicidio.

1. *Acción y omisión.* Si alguien fallece o yo le mato, lo que en ambos casos sucede es que la muerte acontece. ¿Hay alguna diferencia entre matar a alguien y dejarle morir aun pudiendo evitarlo? Si yo mato a alguien, es que quiero que muera. Si le dejo morir, también puede ocurrir que yo quiera que muera, pero igualmente puede suceder que yo sea demasiado perezoso o negligente, o cobarde para hacer algo que le impida morir. A su vez, puede que yo no vea sentido alguno en hacer algo para mantenerle con vida, teniendo en cuenta que eso ni va a curarle ni mejorará su situación. El 15 de julio de 1998 el Tribunal Superior de Frankfurt estimó lícito retirar la alimentación artificial por sonda intestinal implantada mediante una operación a una paciente de 85 años en coma irreversible, afectada de infarto cerebral severo, si se hubieran dado claros indicios de un presunto consentimiento de la paciente. Por tal motivo estalló una fuerte discusión en la selva periodística alemana. Algunos presentían la primera aprobación judicial de un caso de eutanasia o, al menos, un paso en esa dirección. La sospecha parecía comprensible y, como consecuencia, cierta hipersensibilidad se traducía en condenas precipitadas. Se mostraba que no pocas personas que consideraban la mencionada sentencia como una

derrota en la defensa de la vida, a la vez se unen a la acusación contra el “encarnizamiento terapéutico”, que en las unidades de cuidados intensivos impide la muerte natural de los pacientes, acusación que, si fuera justa, más bien legitima la citada resolución judicial.

Complejo tema. Sin poder entrar a analizar de manera definitiva un juicio concreto como el anterior, el libro de Müller, que había aparecido un año antes, se hace eco de la cuestión fundamental de si, y en qué circunstancias, puede permitirse la omisión o suspensión de un tratamiento tendente a la prolongación de la vida, con una serenidad saludable. En oposición a la equiparación utilitarista, propone separar claramente la acción de la omisión, y distinguir de manera diáfana entre matar y dejar morir. Naturalmente, la omisión de prestación de auxilio con consecuencia de muerte puede ser a veces tan grave como una muerte por homicidio. Incluso podría constituir la manera en que se consuma la intención de matar. Tenemos el caso clásico del recién nacido con una minusvalía a quien se niega la alimentación normal. De todas formas, con la nítida diferencia entre hacer y omitir queda patente en primer término mi responsabilidad inmediata por lo que hago. A su vez, de ahí se colige que matar es siempre rechazable por principio, y esto no seguirá siendo tan claro si finalmente no se da diferencia moral alguna entre matar y dejar morir, de suerte que los criterios adecuados en cada caso resultan reblandecidos respecto a si se puede permitir la omisión de medidas destinadas a prolongar la vida, y cuándo se pueden omitir. Hay que agradecer especialmente a Müller, en relación con su planteamiento teórico respecto de la acción humana, la referida distinción entre matar y dejar morir, y el listado de las “seis asimetrías” entre la acción y la omisión que justifican su diferenciación desde el punto de vista ético en estos casos: conciencia asimétrica, concreción de las alternativas asimétricas, asimetría del deber de no matar y de salvar, cercanía o distancia asimétrica, asimetría de nuestra vivencia respecto del proceder injusto y la omisión de una acción buena y, finalmente, asimetría en relación con la promoción de un fin (pp. 99-102).

2. Del derecho al suicidio a la muerte por petición. A diferencia de muchos ensayos sobre la eutanasia, el libro de Anselm Winfried Müller hace hincapié en la estrecha relación entre la valoración jurídico-moral del suicidio y la de la muerte a petición.

La legislación alemana “desaprueba” el suicidio. Por así decir, lo considera contrario a la moral, aunque quede sin consecuencias legales. Establecer una sanación o condena para el suicidio carece de sentido porque la persona a la que se quisiera sancionar ya no existe. Incluso una cláusula similar a “la tentativa de suicidio punible” tampoco tiene sentido si su consecución no constituye materia sancionable. Por lo demás, quien ha intentado en vano quitarse la vida ya tiene bastante condena. Ahora bien, a la sistemática jurídica no le falta cierta lógica si no condena el auxilio a una acción no sancionable, por lo cual el auxilio al suicidio no es punible.

Muchos autores, sin embargo, ya no están de acuerdo con la “desaprobación” jurídico-moral del suicidio, ya que despedirse voluntariamente de la vida lo consideran una consecuencia legítima del derecho a la libre autodeterminación. Así, curiosamente, el tolerado auxilio al suicidio se convierte en un extraño “altruismo”: un servicio a favor de la autonomía de quien quiera matarse. Es cierto que habrá que estar vigilantes con toda clase de reflexiones en cada caso concreto de manifestarse un deseo de suicidio: si se trata de un deseo repentino, como consecuencia de un cortocircuito mental, o un signo de que se ha enfermado psíquicamente, o un acceso de notoriedad teatral, o simplemente un disimulado deseo de afecto, amor, entrega o comprensión. No obstante, sólo se trata de dudas que deben probarse y eliminarse con objeto de establecer la legitimidad de su consumación descubriendo la “autenticidad” del deseo. Así, es evidente que la distinción moral entre el auxilio al suicidio (legalmente permitido) y la muerte a petición (penalmente perseguible de oficio), puede ir desapareciendo desde el punto de vista de unos límites cada vez más vaporosos. De este modo, los doctores Hacketal en Alemania y Kevorkian en USA (este último popularmente conocido con el nombre de *Dr. Muerte*) se han preocupado, con el eficaz apoyo de algunos medios de comunicación y una casuística bien escenificada, de diluir las respectivas fronteras, poniendo de relieve con bastante éxito el desamparo de la justicia.

En este tema la estrategia se orientaba y se sigue orientando regularmente desde dos posturas: el destino individual, presentado a ser posible en forma eficazmente compasiva, y la demanda, expuesta ya como legítima, de dejar esta vida; ambas acaban en una diferencia ficticia y absurda: me estará permitido depositar e incluso colocar en la lengua una pastilla de Zyankalit, de modo que el paciente sólo tenga que cogerla o tragarla, pero no puedo inyectar directamente la

sustancia letal activa. En todo caso, cabría la solución del ordenador del Dr. Kevorkian: el paciente sólo tiene que apretar la tecla para poner en marcha el mecanismo de la inyección letal. Es difícil imaginar que la prohibición de la muerte a petición, penalmente sancionable, pueda mantenerse si, por el contrario, el auxilio al suicidio no acaba de ser calificado como perseguible por la vía penal.

Está suficientemente comprobado que los porcentajes de suicidio son sensiblemente más bajos entre los cristianos practicantes en relación con el promedio general de la población. Sin embargo, esto no es un punto de partida en las reflexiones filosóficas de Anselm Winfried Müller. Desde luego que los pensadores cristianos siempre rechazaron el suicidio, pero otras escuelas filosóficas, tanto de la Antigüedad como de la época moderna, lo permitieron, e incluso lo ensalzaron: así Plinio el Viejo, Séneca, Epícteto y principalmente los estoicos como Pomponazzi, D. Hume, E. Hemingway, etc., en nuestros días. Por otra parte, la “desaprobación” legal del suicidio en nuestro ordenamiento jurídico no sólo tiene raíces cristianas. La idea de la “sacralidad”, es decir, de la indisponibilidad de la vida humana se retrotrae a la Antigüedad clásica. Platón –y, por consiguiente, Sócrates– ve en la muerte una liberación, pero rechaza el suicidio. El moderno derecho humano a la vida, rectamente considerado, se establece como derecho fundamental a no ser eliminado. Hasta la fecha se esgrimía, junto a la indisponibilidad de la vida, como principio básico, la idea de que sobre mi vida tampoco yo puedo disponer arbitrariamente, convicción que como hemos visto, se ha ido evaporando en nuestra cultura.

Aquí tropieza Anselm Winfried Müller con una cita de Ludwig Wittgenstein en uno de sus Diarios: “Si se permite el suicidio, todo está permitido”. Este comentario lo interpreta Müller a la luz de Kant: “Darse muerte es ir contra el deber más elevado hacia sí mismo, pues así se suprime la condición para el cumplimiento de cualquier otro deber. Esto traspasa cualquier frontera del libre albedrío, ya que el uso de la voluntad libre sólo es posible cuando el sujeto existe (...) Quien consigue llegar tan lejos y supera cualquier límite de modo que se convierte en dueño de su propia vida, se apodera también del dominio de la vida de cualquier otro, tiene abiertas las puertas a todos los vicios, ya que antes de que se le pidan cuentas estará dispuesto a quitarse de este mundo”. Müller entiende, desde el punto de vista ético, que la licencia moral para quitarse la vida

igualmente permite suprimir cualquier responsabilidad moral. Con la legitimación del suicidio, cualquier exigencia moral pierde su carácter incondicionado e independiente de mi consentimiento. Entonces no habrá ninguna moral, ya que la condición esencial de la moral estriba precisamente en su validez independiente de mí.

La desaparición de la moral a través de la suspensión de su validez general constituye precisamente el signo de aquel “pluralismo de las representaciones axiológicas” que domina nuestros debates académicos y prácticos sobre Ética aplicada. Verdaderamente habría que agradecer a la asociación austríaca Ludwig Wittgenstein que, por fidelidad al filósofo que da nombre a esa entidad, haya puesto una barrera a la anulación de la moral en nombre del entusiasmo ingenuo y acrítico por una supuesta libertad científica.

Por otra parte, según los resultados de una encuesta del Instituto de Demoscopia Allensbach, ya en 1987 en Alemania sólo el 13% de los encuestados pensaban que debía condenarse al médico que suministre un medicamento letal a su paciente. El 70% estaba en contra de la condena. Según Müller, el elevado número de términos y tópicos suavizantes juega un papel de máxima importancia en la creciente aceptación de la “muerte piadosa”. Tal aceptación se extiende gracias a expresiones como “ayudar a morir” y “eutanasia” (...) “en interés de los pacientes”; desde la “autodeterminación” y el “derecho a la propia muerte” hasta la más agresiva locución: “para no forzarle a seguir viviendo”. Los nazis heredaron parecidas fórmulas de una semántica disfrazada del siglo XIX (“muerte por compasión”, “muerte por gracia”). Ha sido llamativo, y continúa siéndolo, el paralelismo entre formas verbales como “humanidad” y “humanitarismo” y aquellas otras que prometen un beneficio a la comunidad hablando de “librar a la sociedad de los gravosos casos de asistencia sanitaria” (p. 23). En favor de sus negocios, estos entusiastas profesionales de la muerte suelen presentarse en forma de “asociación para una muerte digna”. El 24 de abril de 1991, la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor del Parlamento Europeo adoptó una propuesta de resolución de la señora van Hemeldonck, que logró imponerse mediante una fórmula verdaderamente artística. En aquella propuesta de resolución para “el acompañamiento a la muerte de los pacientes terminales” se decía: “Lo que caracteriza a la vida humana es la dignidad. Si después de una larga enfermedad contra la que ha luchado valerosamente, un hombre pide al médico que acabe con su

existencia, ya que para él ha perdido toda dignidad, y si el médico según su leal saber y entender se decide a ello, es decir, a ayudarlo y aliviar sus últimos momentos haciéndole posible el descanso, de un modo pacífico y para siempre, en este caso esa ayuda médica y humanitaria (que algunos denominan eutanasia) significa respeto y consideración por la vida” (p. 20).

El movimiento “Hospiz” mantiene una concepción distinta en relación al respeto por la vida. De esa concepción se desprende la exigencia de convertir la medicina paliativa en un campo científico especializado de igual categoría que otros, en lugar de solventar los casos graves por medio de la eutanasia. Por su lado, John Keown, Director del Centre for Health Care Law de la Universidad de Leicester, informa sobre un médico holandés, defensor de la eutanasia en casos de sufrimientos insoportables (no de dolores insoportables). El citado médico afirma que él sólo mata a sus amigos. Keown le pregunta: ¿Negaría Vd la eutanasia a alguien que la desea porque entiende que para sus allegados resulta fastidioso esperar la herencia de su patrimonio, y dice que sufre insoportablemente por ello? Respuesta: “Pienso que, al fin y al cabo, yo no se la negaría, pues tal influencia –hay hijos que desean ya el dinero– es una forma del poder del pasado (...) que sencillamente nosotros no podemos soslayar”.

La cuestión de cuáles son los motivos que llevan a la opinión pública a aceptar la eutanasia, el libro de Müller la concreta en tres principales, a saber, compasión, decisión autónoma y evitación de la carga para terceros. Müller pone de relieve el hecho de que se ha impuesto ya como algo normal la muerte antes del nacimiento precisamente con la misma mezcla de motivos. La única diferencia es que en el debate sobre el aborto, por “decisión autónoma” no se entiende la de quien va a ser eliminado, sino únicamente la de la mujer. Además, tuvo su papel especial el “argumento” de que en materia de aborto los hombres querían decidir sobre asuntos de mujeres. Esto suscita la cuestión análoga –añade inteligentemente Müller– de si también sobre la legalidad de transacciones financieras dudosas sólo los líderes de la economía pueden emitir un fallo competente (p. 33).

Por lo que se refiere al debate sobre la eutanasia –resume Müller– en la opinión pública alemana se ha consumado la ruptura del tabú, precisamente a consecuencia de la ruptura del tabú en la

praxis de aborto, comenzando por libros tan divulgados como “Morir con dignidad humana”, de Walter Jens y Hans Küng, así como a través de revistas públicas y de talks shows (p. 15).

Compasión, decisión autónoma, desviación de la carga de terceros: una mezcla de motivos reales que se expone públicamente en una atmósfera de “hipocresía colectiva y mendacidad”. Uno de los capítulos del libro de Müller se titula: “No ver, no oír, no hablar”. En la época de las discusiones sobre el aborto se impidió por la fuerza que en la Universidad de Colonia se proyectara una película que mostraba lo que sucede en un aborto. Las imágenes del desarrollo embrionario humano fueron denunciadas como terror psicológico. Ahora resultan molestas a la conciencia de los sanos las imágenes que muestran que los discapacitados pueden ser felices, como recuerda Müller citando la carta de un lector sensible del periódico inglés *The Guardian*. Dicho lector, Polly Toynbee, considera “antisocial el hecho de que periódicos o televisiones muestren en sus imágenes niños con invalidez por talidomíol que ríen” (p. 38).

Aspectos éticos de la asistencia al paciente moribundo

ELIO SGRECCIA

1. Cómo se insinúa en la sociedad la cultura de la muerte

En el ámbito de la actividad de asistencia sanitaria, el paciente moribundo ocupa un lugar muy importante que hunde sus raíces en la concepción de la vida y del hombre. Acompañar en las últimas fases a un paciente plantea interrogantes profundas al médico y al personal de enfermería, interrogantes que no pueden ser resueltas solamente con un método técnico; la verdadera naturaleza de tales cuestiones es antropología y ética. A la ética se le reconoce hoy un papel esencial en la organización de la salud^[1]. Por otro lado, usualmente afirmamos que sabrá afrontar la muerte del paciente sólo aquel que haya resuelto el problema de la propia muerte. Lamentablemente, tal conciencia no está difundida y ésta es una de las razones por las cuales observamos en el mundo el florecimiento de lo que el Santo Padre llama “la cultura de la muerte”.

La pobreza de la conciencia antropológica está acompañada por la influencia de una ética procedimental que procura sustituir la comprensión profunda del hombre por un equilibrio de principios éticos que, sin embargo, carecen del fundamento necesario en la ontología de la persona. Como afirma Gayling en una famosa obra suya^[2], se observa una perversión del concepto mismo de autonomía del paciente que no respeta su realidad de relación ni de la autonomía del médico; la relación médico/paciente se desnaturaliza y envilece en una dinámica cliente / técnico; el consentimiento informado, lejos de ser el lugar donde se constituye la alianza terapéutica, se transforma en un procedimiento de salvaguardia jurídica del médico; la economía sanitaria, en vez de ser una ciencia dirigida a encontrar los recursos necesarios para asistir al enfermo, se transforma en un índice cualitativo de la productividad del enfermo.

No sorprenderá, entonces, que el morir se convierta en el último absurdo evento de una vida de la cual no se supo aprehender el significado, absurdo por esto extremadamente más doloroso y fuente de desesperación.

Esta es la razón por la cual pensamos que la asistencia al paciente moribundo requiere un esfuerzo más que técnico, de naturaleza antropológica, capaz de restituir al hombre el verdadero sentido de su muerte y de iluminar su conciencia según la verdad. Querer condicionar el valor objetivo de la vida humana sobre la base de “índices de calidad”, confundiendo por tanto el valor de la vida con el valor de la calidad de la vida, domina la valoración de la vida humana en sus últimos momentos. De este modo se llega al fenómeno de la “eutanasia”. Drama moral que puede ser descrito esquemáticamente por tres etapas sucesivas que en este momento delineamos brevemente^[3].

La primera etapa que conduce hacia la situación actual está dada por aquellas situaciones que ponen al médico frente a casos de excepcional gravedad. Éste, habiendo puesto en acción todos los recursos terapéuticos y asistenciales disponibles, ve sufrir de modo extremo a su paciente que va, sin duda alguna, hacia una muerte lenta pero irrevocable. Tal situación, real caso límite^[4], convence al médico de eliminar a su paciente por pura compasión. Esta perturbación de la vocación médica, mitigada en la conciencia por la dramaticidad del caso, será el primer paso: de hecho el valor y la dignidad de la vida humana ya no serán bienes indispensables.

La segunda etapa consistirá en ensanchar la aplicación de la eutanasia hacia otros casos clínicos que, si bien no son tan dramáticos como el primero, son considerados por el médico, por quien los observa, o por el paciente mismo, como una “condición de vida no digna”. En este punto ya no se discute sobre la inviolabilidad de la vida humana (dando por descontado que no se trata de un principio moral absoluto), sino sobre la valoración de la dignidad de la vida en concreto. De este modo, la eutanasia se convierte en un argumento de habitual reflexión al interior del *forum* científico y jurídico donde, poco a poco, no se hablará ya de su carácter lícito / ilícito, sino más bien de su mayor o menor conveniencia en casos concretos, de las normas que deben regular su aplicación y de su aceptación social y política. Por otro lado, se pondrá cada vez más en evidencia la conveniencia de la eutanasia en términos de un cálculo costo/beneficio.

La tercera etapa será dar la eutanasia aún a quien no la pida^[5]. Se trata de un retorno al peor modelo de paternalismo médico que, frente a una vida sufrida, decide dar la muerte como la solución

que él mismo elegiría. El operador sanitario (el médico o enfermero/a) adquiere entonces un poder discrecional sobre la vida del paciente^[6]. De este modo la eutanasia se transforma en un acto virtuoso, llegándose a negar que la vida tenga un valor intrínseco^[7].

La causa profunda de este proceso cultural puede ser individualizada en la estrategia para conquistar el consenso público sobre la eutanasia^[8], que culmina en una idea perversa de libertad, valor que llega a configurarse como poder sobre los otros y contra los otros^[9]. Por este camino se llega a difundir en la opinión pública la idea de que o se está a favor de la eutanasia o se acepta ser cruel con el enfermo: se construye por tanto un falso dilema que podremos desenmascarar distinguiendo la defensa de la vida del ensañamiento terapéutico, la eutanasia de la aceptación de la muerte.

En realidad, “el corazón del drama”^[10] está en el proceso de secularización que ha investido toda la sociedad, “el eclipse del sentido de Dios y del hombre, típica del contexto social y cultural dominado por el secularismo (...)”^[11].

Definición de Eutanasia

Partamos de la consideración de la eutanasia para aclarar cuál debe ser el tipo de asistencia al paciente terminal.

Podemos definir eutanasia basándonos en distintos puntos de observación. El esfuerzo definitorio es un tema estrechamente ligado con la metodología clínica y la distinción semántica de los diversos términos es de capital importancia no sólo para impedir una comunicación ambigua, sino también para evitar malentendidos que a veces confunden el debate bioético.

Tomemos por definición aquella ofrecida por Marcozzi, sobre la cual se reencuentran también otros juristas y moralistas de reconocida competencia; por eutanasia se entiende “la supresión indolora o por piedad de quien sufre o se piensa que sufre o que pueda sufrir en el futuro de modo insoportable”^[12].

Para evitar posibles confusiones nosotros usaremos el término eutanasia solamente en el sentido verdadero y propio, definido por el documento y por los teólogos moralistas, reservando el término “cura del dolor” o terminología médica más técnica para otros casos. Para completar el panorama de las definiciones es necesario agregar

que hoy se habla de eutanasia no solamente en relación al enfermo grave y terminal, sino también en otras situaciones en el caso del neonato que padezca defectos graves (*wrongful life*) para el cual algunos sugieren el abandono mediante sustracción de alimentos con el fin de evitar el sufrimiento -así se dice- del sujeto y el peso a la sociedad. En situaciones como ésta se habla de “eutanasia neonatal”. Está apareciendo ahora otra acepción de eutanasia llamada “social”, la cual se plantea no ya como la elección de un simple individuo, sino de la sociedad.

Se argumenta que, como consecuencia del aumento de los gastos en salud, la economía de un país no estaría en condiciones de sostener el gasto financiero requerido para la asistencia de los enfermos con patologías muy prolongadas en cuanto al pronóstico y muy onerosas en cuanto a los costos. Los recursos económicos serían así conservados para los enfermos que una vez curados, puedan volver a la vida productiva y laboral. Esta es una de las amenazas de una economía que quisiera obedecer solamente al criterio del costo-beneficio.

El examen de la definición nos obliga a subrayar la doble forma con la cual puede ser llevada a cabo la eutanasia: a través de una acción o de una omisión. Se puede hablar por tanto de eutanasia activa u omisiva, según si se trata de una intervención para anticipar la muerte (una intención letal) o de la privación de una asistencia todavía válida y debida. Los periódicos y la prensa hablan de eutanasia pasiva, confundiéndola con la omisiva: no son lo mismo. A veces es necesario ser pasivo, es decir, no llevar a cabo intervenciones desproporcionadas, pero no es lícito omitir los cuidados debidos.

El falso dilema entre eutanasia y crueldad hacia el paciente

Esta aclaración definitoria puede liberar el campo del falso dilema que contrapone la aceptación de la eutanasia, dirigida a dar al paciente una muerte considerada “digna”, a una postura de cruel desapego hacia el mismo, casi un abandono en la fase terminal de la enfermedad. Para nosotros este dilema no existe porque, junto con rechazar la eutanasia, indicamos siempre la vía de la asistencia clínica, psicológica y pastoral del paciente, de modo tal que pueda afrontar del mejor modo posible sus últimas jornadas de existencia terrena.

2. RECHAZO DE LA EUTANASIA

Evaluación teológica de la eutanasia

Para delinear un itinerario ético de asistencia al enfermo terminal, es necesario antes que nada tomar una posición clara frente a la eutanasia verdadera y propiamente dicha.

En la Encíclica *Evangelium Vitae*, Su Santidad Juan Pablo II ha confirmado y sintetizado aquello que es la postura de la enseñanza magisterial respecto a la vida en general y a la eutanasia en particular. Este documento nos ofrece dos indicaciones importantes, que presentamos a continuación de forma esquemática:

1. La primera es la conexión, de naturaleza antropológica y teológica, que existe entre el aborto y la eutanasia, que hace de estos dos fenómenos el fundamento de aquella cultura de la muerte que amenaza con penetrar cada vez más las sociedades consideradas como avanzadas.

No se trata sólo de actos aislados que ofenden la dignidad humana de quien la sufre y de quien la cumple, sino que constituyen un verdadero y real atentado contra la humanidad y contra los derechos fundamentales del hombre^[13].

El aborto y la eutanasia tienen su profunda causa en la ilusión del hombre de sustituir a Dios como Señor de la vida y de la muerte. “Se vuelve a proponer la tentación del Edén: transformarse en Dios - conociendo el bien y el mal (Gen, 3.5 EV. N. 66)-” que necesariamente llevará al dominio del más fuerte sobre el más débil en una lógica inmanente que, infringiendo el verdadero sentido de la filiación divina, vacía de significado la virtud de la solidaridad.

Tanto en el aborto como en la eutanasia la causa próxima de la decisión será el rechazo del sufrimiento más allá de la comprensión de éste como vía de identificación con Cristo. El sufrimiento humano es entendido, entonces, como una cosa sin sentido, actuando un reduccionismo antropológico y existencial que elige, evidentemente, el materialismo como referencia necesaria.

1. La segunda indicación es la valoración moral de la eutanasia como “una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto es

moralmente inaceptable matar deliberadamente a una persona humana (EV. N. 65)”. Esto es afirmado de modo solemne en la Encíclica, subrayando que se trata de una enseñanza en continuidad con el Magisterio precedente de Pío XII^[14], de Paulo VI^[15], del Concilio Vaticano II^[16], de la doctrina expuesta (...) en Declaraciones de la Congregación para la Doctrina de la Fe^[17] y de las enseñanzas de inminentes doctores de la Iglesia, como Santo Tomás de Aquino, que “siempre fue propuesto por la Iglesia como maestro del pensamiento y modelo del recto modo de hacer teología”^[18], y San Agustín de Hipona^[19]. Podemos afirmar que se trata sin duda de una doctrina enseñada como definitiva por el Magisterio ordinario y universal de la Iglesia. “Podría parecer que en la doctrina sobre la eutanasia haya un elemento puramente racional, dado que la Escritura no parece conocer el concepto. Sin embargo, emerge en este caso la mutua interrelación entre el orden de la Fe y el de la razón: la Escritura excluye, por cierto, con claridad, cualquier forma de autodisposición de la existencia humana como la supuesta en la praxis y en la teoría de la eutanasia”^[20].

El Santo Padre recuerda que “tal doctrina está fundada en la ley natural”^[21], de modo que “aún entre dificultades e incertidumbres, con la luz de la razón y no sin el influjo secreto de la Gracia, puede llegar a descubrir (...) el valor sagrado de la vida humana desde su inicio hasta su término”^[22].

Valoración filosófica de la eutanasia

La misma enseñanza de la Iglesia nos pide justificar también filosóficamente el rechazo de la eutanasia.

Visto que el valor de la vida humana “puede ser conocido en sus rasgos fundamentales aun por la razón humana”^[23] este conocimiento racional de la naturaleza humana y la comprensión de su dignidad reclama un retorno a un realismo que sepa ir más allá del realismo puramente ontológico de estampa aristotélica, más allá del realismo fenomenológico del *zurück zum Gegenstand* (regreso al objeto), para llegar a un realismo personalista del retorno, no tanto al objeto, sino al hombre en cuanto persona^[24]. La vida humana tiene

ese valor y dignidad en sí, por ser vida de una persona. La vida física es constitutiva de la persona que es espíritu encarnado, y es condición de su existencia en el mundo; es su valor fundamental. Por tanto, ella no puede ser valorada tomando como criterios valores menores y relativos, ni puede ser declarada a disposición de otros. Es indisponible. No se puede derivar su ser “digno”, por ejemplo, a partir de la edad cronológica, ya que ésta depende de la vida y no al contrario. No podrá ser la salud la que dé dignidad a la vida humana porque la salud, que hace referencia al cuerpo, no posee la vida en sí, sino que participa de la vida. En otras palabras, la salud es el estado del cuerpo de una persona viva: en efecto en la muerte el cuerpo pierde su dignidad porque ésta era participada. Además la vida humana no podrá ser más o menos digna según la riqueza de la persona, ya que una relación de posesión es una relación accidental y no sustancial y, por tanto, no puede ser constitutiva de la persona misma. En definitiva, la dignidad de la vida humana no se funda en otros valores que puedan ser relativos a la persona, sino que será aquel valor fundamental de la persona misma.

Por otro lado, si la vida de una persona individual fuera declarada disponible y puesta al arbitrio, por ejemplo, de la sociedad o de otras personas, el estado mismo sería homicida y anárquico: en cada persona existe el bien de toda la humanidad. Esto no quiere decir absolutizar la vida física respecto de la espiritual de la persona, porque la vida del cuerpo no es toda la realidad de la persona y hay bienes que superan en valor a la vida corpórea. Por lo tanto la muerte del cuerpo puede y debe ser aceptada cuando la vida corpórea viene a menos o cuando lo exija un bien más alto (de la persona). En este sentido la *Evangelium vitae* ha puesto en evidencia con claridad el carácter ilícito de la eutanasia, pidiendo al mismo tiempo la aceptación de la muerte natural o también del martirio y del sacrificio por otros: “Ciertamente, la vida del cuerpo en su condición terrena no es un valor absoluto para el creyente, sino que se le puede pedir que la ofrezca por un bien superior; como dice Jesús, “quien quiera salvar su propia vida, la perderá, pero quien pierda su vida por causa mía y por el Evangelio, la salvará” (Mc 8,35)^[25].

Por tanto, más allá de la razón “teológica”, el Magisterio Católico funda sus enseñanzas en el derecho natural, confiando en que estas enseñanzas recogerán el consenso de tantos hombres que, “por encima de las diferencias filosóficas o ideológicas, tienen una viva

conciencia de los derechos fundamentales de cada persona humana (...) tratándose de derechos fundamentales de cada persona humana, es evidente que no se puede recurrir a argumentos sacados del pluralismo político o de la libertad religiosa para negarles valor universal”^[26]. Nos encontramos ante un valor que, siendo fundamento de cada derecho, es absolutamente indisponible.

El concepto de dignidad traduce a nivel axiológico, la concepción cristiana que ve al hombre como única criatura que Dios ha querido por sí misma^[27] y que está estrechamente ligada a la Gloria de Dios Creador siendo “su imagen y semejanza” (1 Cor 11,7). Cualquier discurso sobre bioética debe insistir ante todo en aquello que es racionalmente válido para cualquier hombre creyente o no creyente, pero no podemos callar esta visión, propia de gran parte de los hombres creyentes, y proponible a cualquier hombre. Por esto, la Constitución pastoral *Gaudium et spes* habla de la dignidad del hombre afirmando que: “según la opinión casi máxima de creyentes y no creyentes, todo lo que existe en la tierra debe ordenarse al hombre, como su centro y su culminación”^[28].

La condena de la eutanasia vale también para el suicidio asistido. El hecho de que al paciente le sea reservado el último gesto de supresión de la vida luego que el médico haya dispuesto lo necesario para tal fin, constituye sólo técnicamente un desplazamiento de la función de agente material del acto ilícito hacia el paciente, transformándose el médico en un colaborador profesional de tal acto de muerte. Es claro que ni siquiera el sujeto paciente puede pedir la supresión de la propia vida ni realizar tal supresión, porque no es dueño de la propia vida. El suicidio, por tanto, no es un acto conforme a la verdadera naturaleza de la libertad, porque priva al sujeto de la raíz de la libertad que es la vida y constituye una ofensa a la responsabilidad.

Valoración deontológica de la eutanasia

Relacionada con la valoración filosófica existe también una valoración deontológica que, para ser breve, esquematizaremos a continuación:

1. El acto eutanásico no es de competencia médica, dado que el fin de la profesión sanitaria es la salvaguarda y la protección de la salud y de la vida.
2. Dar muerte a un enfermo no puede ser considerado

un acto científico (en el ámbito de la ciencia médica), porque no puede ser valorado desde un punto de vista experimental. Configura por tanto, una ruptura metodológica con la ciencia médica misma. 3. Es imposible llevar a cabo la eutanasia obteniendo del enfermo un verdadero consentimiento informado. La razón de esto es evidente, pues nadie podrá informar al paciente sobre lo que será para él la muerte. Esta es la raíz que nos lleva a considerar la eutanasia como una grave lesión del principio de autonomía del enfermo, aún cuando éste esté consciente.

El rechazo del ensañamiento terapéutico y de la distanasia

El Magisterio católico, en armonía con la recta razón, rechaza con claridad el “ensañamiento terapéutico” que, en un intento por prolongar la vida a cualquier costo, llega al extremo opuesto, que es la distanasia. El ensañamiento terapéutico es definido de modo preciso. Este se configura en tres situaciones precisas definidas por los autores:

1. Continuar la ventilación mecánica después de la muerte cerebral total;
2. Realizar terapias ineficaces, que aumentan el dolor;
3. Realizar terapias claramente desproporcionadas en relación a los costos humanos y la utilidad para el paciente.

Para definir estos conceptos es necesario recordar los criterios de “constatación de muerte”. Se sabe que el problema de la definición del “juicio de muerte” es objeto de varias “declaraciones” internacionales que fijan los parámetros dentro de los cuales el médico puede firmar el certificado de muerte. La declaración de Ginebra de 1968 define el “estado de muerte”, cuando se determinan los siguientes datos de modo acumulativo: cesación de cualquier signo de vida de relación, ausencia de respiración espontánea, atonía muscular y falta de reflejos, caída de la presión arterial a partir del momento en el cual no es sostenida farmacológicamente, nulidad del trazado electroencefalográfico (EEG). Sabemos que estos criterios son siempre objeto de discusiones y profundización. Sin embargo, nos parece que éstos deben ser tomados como obligatorios. Hoy, gracias al progreso conjunto de las

ciencias neurológicas y diagnósticas, se reconoce casi unánimemente que la muerte clínica del individuo puede ser lícitamente establecida luego de la verificación del estado de muerte cerebral total. En este ámbito, por tanto, es oportuno considerar ulteriormente algunos casos delicados, de *pacientes en coma*, en atención a los documentos de algunos episcopados, en particular el Secretariado del Episcopado francés.

1. En el caso del *coma* entendido como “reversible” es obligatorio usar todos los medios a disposición, porque la recuperación de la vida, posible o probable, vale cualquier tipo de sacrificio económico o asistencial. Esto parece tanto más necesario cuanto el paciente en *coma* no puede expresarse y dar su consentimiento; por tanto, sus parientes y el cuerpo médico tienen el deber de hacer todo lo posible con los medios de reanimación, aun extraordinarios, siempre y cuando estén accesibles.
2. Cuando el coma se presenta, al parecer de los expertos, como “irreversible”, queda la obligación de los cuidados ordinarios (entre los que se incluyen la hidratación y la nutrición parenteral). No se está obligado a practicar medios particularmente debilitantes y costosos para el paciente, condenándolo a la prolongación de una agonía vivida en condiciones privadas de cualquier posibilidad de recuperación de la conciencia y de la capacidad racional. Se tendría, en este caso, un indebido “ensañamiento terapéutico”. El juicio sobre la irreversibilidad del coma y sobre la condición de irrecuperabilidad de la conciencia no es fácil y se apoya en la consideración de personal sanitario competente y consciente.
3. En el caso en el cual todas las funciones cerebrales del paciente, incluidas aquellas del troncoencéfalo, estén completa e irreversiblemente dañadas -según los criterios neurológicos ya expuestos- sería un inútil ensañamiento y un engaño prolongar de modo artificial algunas funciones biológicas de una vida que ya no existe como un todo^[29].

Es necesario reconocer que, no obstante estas indicaciones, existen casos no solamente de *coma* profundo e irreversible, sino también casos de *coma* prolongado en los que el enfermo permanece en ese estado aún cuando se apliquen solamente cuidados ordinarios.

Existen casos en los cuales este estado comatoso irreversible, con una vida puramente biológica, ha durado por meses o años (estado vegetativo persistente). Tal fue, tal vez, la situación de Karen Ann Quinlan, la joven americana de quien se ocupó la prensa a lo largo de diez años. Análogo fue el conocido caso de la joven Nancy B. Cruzan que en estado vegetativo persistente, fue alimentada artificialmente durante aproximadamente ocho años. Pero luego de varias sentencias de tribunales se decidió cesar tal alimentación -ocurriendo su muerte unos diez días después- en la presunción, apoyada en testimonios, de que ésta fuese su voluntad^[30].

En estos casos la familia debe ser sostenida en este compromiso excepcional y costoso.

Valoración crítica del Living Will, *Do not resuscitate order* y *criptoeutanasia*

En el Nuevo Código de Deontología Médica Italiano, se indica que el médico deberá referirse a la voluntad precedentemente expresada por el paciente, naturalmente en los casos en que éste no esté consciente. Tal postura se incluye en el debate que desde hace varios años se está desarrollando en torno al llamado “testamento vital” o *Living Will*.

En los Estados Unidos de Norteamérica el “*Natural Death Act*” (ley sobre la muerte natural) emitido en el Estado de California y extendido en términos equivalentes en otros Estados de la Unión, data de 1976. La ley en concreto concede a cada adulto disponer de la no aplicación y de la interrupción de las “terapias de soporte vital” en el caso cercano al “extremo de las condiciones existenciales”.

Por extremo de las condiciones existenciales se entiende la fase terminal, en la cual el empleo de estas terapias pospondría la muerte, pero no podría recuperar la vida. Por cuidados de soporte vital se entiende cualquier medio o intervención médica que use aparatos mecánicos artificiales para sostener, reactivar o sustituir una función vital natural y que, si son aplicados, servirían solamente para posponer el momento de la muerte. El paciente debe haber recibido un diagnóstico infausto firmado por dos médicos.

Es necesario reconocer que, a primera vista, este procedimiento puede corresponder a cuanto fue dicho en la *Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre la Eutanasia* donde se afirma: “Es siempre lícito contentarse con los medios ordinarios que la medicina puede ofrecer. No se puede, por tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de terapia que, aunque esté en uso, aún no está exenta de riesgos o es demasiado onerosa”, o también en el pasaje precedente que afirma: “Es lícito interrumpir la aplicación de tales medios (los medios puestos a disposición de la medicina más avanzada - n.d.A.), cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero al tomar una decisión tal deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes”.

También la “*United States Catholic Health Association*” distribuyó en 1974 un documento (*Christian Affirmation of Life*) que contiene esta afirmación: “considero que, si es posible, me sea consultado respecto a los procedimientos médicos que podrían ser usados para prolongar mi vida, cuando la muerte se avecine. Si yo no puedo tomar parte en las decisiones concernientes a mi futuro y no hay expectativa razonable de una recuperación de condiciones de invalidez física o mental, yo solicito que no se empleen medios extraordinarios para prolongar mi vida”. Otras iniciativas similares surgieron después, como la propuesta de “testamento vital” hecha por el Comité episcopal para la defensa de la vida de la Conferencia Episcopal Española^[31].

Sin embargo, sobre el procedimiento del *Living Will*^[32] quedan incertidumbres relevantes, principalmente sobre la validez jurídica y moral de una voluntad testamentaria expresada con anticipación, fuera de las condiciones concretas de la enfermedad, sobre un bien, que es la vida y que no es una cosa. Pero queda también la incertidumbre de fondo sobre la interpretación en el caso concreto de aquellos que son llamados medios de soporte vital y sobre la determinación de las condiciones de irreversibilidad: ¿son también entendidos como medios de soporte vital la ayuda a la respiración, la nutrición, la higiene personal, la hidratación? ¿Son éstos realmente los medios de los que habla la *Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe* o los medios extraordinarios de los que habla la *Christian Affirmation of Life*? ¿Es lícito “excusar” al médico de tener una valoración propia aún en contra del paciente? ¿Cómo podría el

médico, en estas condiciones, ser autónomo en la propia conciencia y en el papel de “prestador de mano de obra intelectual” cuando su inteligencia es la que debe valorar los medios idóneos para asistir al enfermo terminal? Alguno ha señalado que el *living will* parte del presupuesto que el médico quiere siempre, a toda costa, practicar terapias heroicas.

Criptoeutanasia y analgesia

Usualmente hablamos también de una forma escondida o encubierta de eutanasia, la criptoeutanasia, que consiste en acciones u omisiones que tienen un valor eutanásico, pero que son presentadas como procedimientos normales de asistencia.

Para no alargarnos excesivamente, nos referiremos en este ámbito al debate que actualmente se está desarrollando en torno a la *terminal sedation*. El uso de narcóticos en la fase pre-exitus de la enfermedad puede considerarse como una intervención farmacológica lícita y debida para disminuir la intensidad del sufrimiento, o como una sedación farmacológica desproporcionada que incluye también la interrupción de la alimentación y de la hidratación del paciente que morirá entonces, en estado de inconciencia, de hambre y de sed, o por efecto de una sobredosis. Naturalmente, la analgesia debe ser “proporcionada” a la atenuación y soportabilidad del dolor. Entre las analgesias idóneas se deberá elegir aquella que presente menores riesgos de abreviar la vida^[33]. Para el uso de la analgesia que anula la conciencia de modo permanente, se requiere el consentimiento del paciente y la verificación de que el paciente haya podido realizar su última voluntad. Es siempre lícito rechazar la analgesia para dar conciencia y significado al propio sufrimiento.

Proporcionalidad de la terapia

A la luz de la visión ontológico-personalista, la intervención a favor del paciente deberá hacer referencia al principio de la proporcionalidad terapéutica, que puede ser así definido: es éticamente aceptable cualquier terapia que se comporte como un soporte positivo y que sea equilibrada en la relación riesgo/beneficio. El Magisterio católico considera lícito sobre esta materia:

1. Ante la falta de otras posibilidades recurrir, con el consentimiento del paciente, o de quien haga las veces de

éste, a tratamientos médicos avanzados, todavía en vía experimental aunque presenten riesgos concretos.

2. Interrumpir los tratamientos antedichos, si éstos desilusionan las esperanzas, siempre con el consentimiento del paciente.
3. Contentarse con los medios normales ofrecidos por la medicina.
4. Decidir, ante la inminencia de la muerte, renunciar a tratamientos que alargarían en modo precario y penoso la vida, pero sin interrumpir nunca los cuidados ordinarios.

Esto puede ser desarrollado y clarificado haciendo referencia al principio de opcionalidad en el caso de las terapias riesgosas y el encuadramiento de lo que entendemos por cuidados ordinarios.

Opcionalidad y no obligatoriedad de las terapias riesgosas o extraordinarias

El médico no puede imponer al paciente tratamientos que podrían serle ventajosos sólo en un cierto porcentaje de los casos, pero que podrían también presentar un riesgo elevado de resultado negativo: al paciente o a quien lo representa debe dejarse la libertad de elegir si acceder o no a un programa terapéutico que presente tales características. Es este un espacio en el cual la decisión última corresponde al paciente o a quien lo representa: se trata de la decisión de afrontar o no planes terapéuticos de resultado incierto o extraordinario.

Cuidados ordinarios e indicaciones sobre alimentación e hidratación

Entre los cuidados ordinarios se encuentran la hidratación, la alimentación, la higiene corporal, la medicación y la limpieza de las heridas. Estos cuidados deben considerarse un derecho del paciente también para no aumentar el sufrimiento de la fase terminal de la enfermedad.

Cuidados paliativos

En el estado actual de la ciencia médica y de la enfermería, la asistencia al moribundo significa también la posibilidad de intervenir, si bien sin la esperanza de sanar, con la certeza de poder curar y de

poder aliviar el sufrimiento que puedan causar las últimas fases de la vida, demasiado dolorosas. Nos referimos, como es sabido, a la terapia del dolor, a las intervenciones con miras a aliviar al paciente un síntoma (por ejemplo la radioterapia para reducir algunas complicaciones de la enfermedad neoplásica, la recanalización del esófago, cateterismo, etc.), al soporte psicológico y a tantas posibles intervenciones de carácter sanitario que puedan ser bien organizadas también sobre la base de estructuras para la asistencia domiciliaria del enfermo moribundo.

En síntesis, como recuerda la Carta de los Agentes de la Salud (Nº 117) “al enfermo terminal se le practica el tratamiento médico que contribuye a aliviarle el sufrimiento del morir”.

El concepto de cuidados paliativos no comprende solamente estas “medidas de soporte”, sino también aquellas intervenciones de quimio y radioterapia o quirúrgicas que tienen como objetivo no la curación, considerada imposible, sino el alivio del sufrimiento, tal como son hoy utilizadas especialmente en los hospicios y en los cuidados domiciliarios. La *Evangelium vitae* se refiere más veces a los cuidados paliativos, subrayando el “relieve particular” que están asumiendo para “hacer más soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, aseguran al paciente un acompañamiento humano adecuado” (n.65). En la misma Encíclica Juan Pablo II indica también el valor que tienen los cuidados paliativos para las familias, que “pueden encontrar gran ayuda en las estructuras sociales de asistencia y si es necesario, recurriendo a los cuidados paliativos (...)” (N1 88).

Verdad al paciente

A este punto es necesario enfrentar una cuestión importante y difícil: cuándo y cómo decir al paciente la verdad acerca de su estado de salud y de la expectativa de vida que, dentro de lo posible, se puede prever en su situación. También este aspecto es parte de las obligaciones morales de la asistencia al moribundo.

Naturalmente no es posible dar una respuesta estándar para todas las situaciones; será necesario reflexionar caso por caso tomando en consideración la situación concreta del enfermo, su situación relacional, su estado psicológico, etc. De cualquier manera, se

pueden individualizar algunos principios éticos que pueden servirnos de guía:

1. Es necesario respetar la verdad sabiendo transmitirla al paciente de modo tal que tenga la posibilidad de prepararse para la muerte. Al respecto la experiencia nos enseña que la reacción del enfermo es habitualmente positiva tanto a nivel psicológico como espiritual.
2. La comunicación debe ser una verdadera “comunicación humana”, que no se limite a hacer conocer diagnósticos y pronósticos. Para que esto sea posible, es necesario antes que nada saber escuchar al paciente. El objetivo de la comunicación debe ser instaurar una relación de real compartir.
3. La verdad a transmitir debe ser gradual y medida según la capacidad del enfermo de conocerla. Para esto será importante tener en cuenta la fase psicológica del paciente para no agravar la fase depresiva, para ayudar a superar un eventual negativismo y para saber aprovechar al máximo el momento de contrición y secundar aquel de la aceptación.
4. En cualquier caso, existe la obligación de no esconder la gravedad de la situación en su sustancia, especialmente cuando el paciente tiene el deber de afrontar decisiones importantes como aquella de prepararse a una buena muerte. Para saber dosificar la comunicación al paciente es útil tener presente los varios estadios que enfrentan los pacientes de enfermedades graves como un cáncer, según la clasificación ofrecida por el trabajo sustancialmente válido de la estudiosa Kübler-Ross, reunido en su obra “La muerte y el morir”: shock, negación, depresión, negociación, aceptación.

Acompañamiento pastoral

El hombre sufriente, que se encamina hacia la muerte, tiene sin embargo necesidad de madurar aquella plenitud de conciencia que debe unir al fruto de la razón humana la sabiduría de la fe. Con palabras traídas de la última Encíclica de Juan Pablo II, *Fides et ratio*, podemos decir que “el verdadero punto central, que desafía toda filosofía, es la muerte de Jesucristo en la Cruz. En este punto todo

intento de reducir el plan salvador del Padre, a pura lógica humana está destinado al fracaso”^[34]. Justamente por esto, la asistencia pastoral del enfermo grave no podrá nunca limitarse a los últimos momentos; al contrario, la enfermedad será para recorrer una continua búsqueda del sentido profundo de la propia vida que encuentra o puede encontrar, en el sufrimiento, una plenitud misteriosa y profundísima. Siguiendo con las palabras extraídas de *Fides et ratio* “la relación entre Fe y filosofía encuentran en la predicación de Cristo crucificado y resucitado el escollo contra el cual puede naufragar, pero por encima del cual puede desembocar en el océano sin límites de la verdad”^[35]. Además, a veces la enfermedad será la ocasión para tomar un camino de iniciación cristiana, o también de retorno a la casa del Padre: es frecuente observar enfermos que redescubren su fe justo durante los últimos meses de enfermedad y de dolor. “El deseo que brota del corazón del hombre ante el supremo encuentro con el sufrimiento y la muerte, especialmente cuando siente la tentación de caer en la desesperación y casi de abatirse en ella, es sobre todo aspiración de compañía, de solidaridad y de apoyo en la prueba. Es petición de ayuda para seguir esperando, cuando todas las esperanzas humanas se desvanecen”^[36].

Se hace evidente que la preparación de aquellos que se ocupan de los cuidados pastorales de los enfermos moribundos deberá ser profunda desde el punto de vista doctrinario, psicológico y pastoral, porque lo que contará será sobre todo la capacidad de acercarse al enfermo con la conciencia de que se trata de facilitar el encuentro entre la Gracia y aquel alma, que será, por tanto, para acompañar en primer lugar con la caridad fraterna y con la oración.

Naturalmente la asistencia no podrá limitarse al paciente como si la enfermedad fuese un evento aislado, separado de toda la real racionalidad que cada vida comporta. La enfermedad y la muerte de un hombre incluyen también el sufrimiento y el luto para muchos otros que tendrán necesidad de poder elaborar todo lo que están viviendo. Desde el punto de vista pastoral, estas personas deberían ser objeto de particulares cuidados pastorales puesto que, mas allá de tener que hacer frente a la necesidad contingente, estarán en mejores condiciones para afrontar en el mañana su propia muerte. Es común decir que, para saber afrontar la muerte de una persona querida, es necesario haber resuelto el problema de la propia muerte. Por lo tanto, entender bien la muerte de otros es, tal vez, la

mejor preparación para saber afrontar en el mañana el fin de la propia existencia terrena. En un cierto sentido, la asistencia pastoral del enfermo tiene en la cabecera del hombre moribundo la tarea más urgente, pero en la asistencia de los parientes un rol formativo de indudable eficacia^[37].

Este tipo de asistencia pastoral necesita, naturalmente, la presencia de sacerdotes que puedan administrar los sacramentos, pero al mismo tiempo necesita que los profesionales laicos se involucren en un modo fuerte, real y preparado. En efecto, el enfermo muy frecuentemente, y en esta sociedad secularizada cada vez más, abre su corazón al médico o al personal de enfermería aún acerca de sus necesidades espirituales: en este marco se podrá realizar una eficaz cooperación pastoral entre laicos y presbíteros, que logrará una asistencia espiritual más vasta y continua. Es así como se configura, luego del paciente y su familia, la tercera dimensión del cuidado pastoral de la salud, que es la formación espiritual de los Agentes de la Salud para que puedan, ellos mismos, reelaborar en sentido completo el fenómeno de la muerte y ser agentes activos de la asistencia pastoral del enfermo y de la familia.

Como se puede ver, el cuidado pastoral del enfermo moribundo abarca un horizonte muy vasto de servicio respecto a toda la sociedad, en todos sus niveles, yendo a desarrollar una preciosa acción, tanto en sentido asistencial como preventivo y formativo. Esta cercanía y esta ayuda para descubrir, a través del dolor, el sentido de toda una vida puede alejar el abandono y la desesperación del hombre frente a la muerte desconjurando esta capitulación, científica y humana, que es el pedido eutanásico.

Conclusión

En síntesis, la asistencia al paciente moribundo es un verdadero reto ético para la sociedad civil. En primer lugar, solicita un profundo compromiso científico-técnico que sepa ofrecer al enfermo las posibles respuestas a sus necesidades: el tratamiento del dolor, el apoyo psicológico, la asistencia domiciliaria y los cuidados paliativos son campos en los cuales se pide cada vez más un esfuerzo de investigación e inversión de recursos humanos y económicos. En segundo lugar, es necesario afrontar con claridad las falsas soluciones que se proponen bajo la forma de eutanasia, suicidio asistido y ensañamiento terapéutico. Estos ámbitos aclaran la necesidad

ineludible de un replanteamiento del sufrimiento y de la muerte a un nivel francamente antropológico que sepa interpretar al hombre sin reduccionismos, sino en la globalidad que la realidad de la naturaleza personal del hombre requiere. En fin, el misterio de la muerte compartida en el recinto de la asistencia sanitaria podrá ser fuente, para todos, enfermos y sanos, de un redescubrimiento del valor trascendente de la propia vida, que sepa afrontar la muerte con realismo pero también con la esperanza que impulsa a decir, con alegría, que la muerte no es el fin sino el inicio de una vida nueva y eterna.

Notas bibliográficas:

[1] OMS, Salud para todos en el siglo XXI, p. 4 de la traducción de Giovanna Martini (al italiano) aprobada por la OMS. El documento está en vías de aprobación.

[2] Gayling, *The perversion of autonomy*, New York Press, 1997.

[3] Cfr. Herranz, G. Damma dell'Eutanasia, en Pontificia Accademia per la Vita, *Evangelium Vitae*, Encíclica y comentarios, LEV. 1995, pp.232-236.

[4] Recordamos que la terapia del dolor bien usada logra controlar la mayor parte de la sintomatología dolorosa. Las extremas situaciones de sufrimiento que antes acompañaban a los enfermos terminales, sobre todo de tipo oncológico, ya no se observan habitualmente.

[5] Cfr. Reporte Remmenlink, donde se observa que aproximadamente el 10 por ciento de las eutanasias en Holanda (1990-95) fueron involuntarias.

[6] Nos parece importante notar que tal postura no es una novedad sustancial porque no es otra cosa que la aplicación, en el paciente terminal, de la misma mentalidad que guía el aborto eugenésico en el caso de diagnóstico prenatal de enfermedad congénita.

[7] Este panorama es aquel que, ya en 1991, fue puesto en evidencia por los cardenales reunidos en un consistorio extraordinario en el mes de abril. Una de las conclusiones de la reunión, que había afrontado el grave tema de las ofensas y los atentados contra la vida en el mundo, fue el pedido del Santo Padre de afrontar en una Carta Encíclica el tema del respeto de la vida humana desde la concepción hasta la muerte natural.

[8] Fleming esquematiza este proceso con los siguientes puntos: 1) la

publicidad a alta escala de “casos difíciles” que necesitan una respuesta “compasiva”, y la autoacusación de algunos médicos; 2) el recurso a sondeos de opinión; 3) el uso de tales sondeos para afirmar que la opinión de los católicos es distinta de la del Magisterio Oficial; 4) la confusión de conceptos claves como eutanasia-ensañamiento terapéutico-rechazo de terapias extraordinarias; 5) la afirmación de que aquellos que se opongan al aborto y a la eutanasia en nombre de la sacralidad de la vida son incoherentes, porque no se oponen a la guerra y a la pena capital: Cfr. Fleming J.I. *Católicos y estrategias proeutanasia y proaborto. Medicina e Morale* 1996/1: 103-4.

^[9] Cfr. Tettamanzi, D. *Introduzione alla Encíclica Evangelium Vitae*, Piemme, 1995, p. 20.

^[10] *Evangelium Vitae*, n. 21.

^[11] Idem, *Ibidem*.

^[12] V. Marcozzi, *Il cristiano di fronte all'eutanasia*, “La Civiltà Cattolica”, 1975, IV, p. 322.

^[13] Es ésta la paradoja de la cual el Santo Padre habla en la *Evangelium Vitae*, recordando que así “se produce un cambio de trágicas consecuencias en el largo proceso histórico, que después de descubrir la idea de los “derechos humanos” (...) incurre hoy en una sorprendente contradicción: justo en una época en la que se proclaman solemnemente los derechos inviolables de la persona y se afirma públicamente el valor de la vida, el derecho mismo a la vida queda prácticamente negado y conculcado, en particular en los momentos más emblemáticos de la existencia, como el nacimiento y la muerte” (EV. N. 18).

^[14] Pío XII, Discurso a un grupo internacional de médicos: AAS 49 (1957), 129-147.

^[15] Paulo VI, Mensaje a la televisión francesa: “*Cada vida es sagrada*”, 27 enero 1971); Enseñanzas IX (1971), 57-58; Discurso a el International College of Surgeons, 1 junio 1972; AAS 64 (1972), 432-436.

^[16] Constitución Pastoral sobre la Iglesia en el mundo contemporáneo, *Gaudium et spes*, 27; Constitución dogmática sobre la Iglesia *Lumen Gentium*, 25.

^[17] Congregación del Santo Oficio, *Decretum de directa insontium occisione*, 2 diciembre 1940; S. Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la Eutanasia *lura et bona*, 5 mayo 1980.

^[18] Juan Pablo II, *Fides et Ratio*, n. 43.

^[19] San Agustín de Hipona, *De civitate Dei*, 1.10; CCL 47,22; Santo Tomás de Aquino, *Summa Theologiae*, II-II, q.6, a.5.

- [20] S. Congregación para la Doctrina de la Fe, Nota doctrinaria ilustrativa de la fórmula conclusiva de la *Professio Fidei*, 29 junio 1998, n. 11.
- [21] *Evangelium vitae*, n. 65.
- [22] *Ibid*, n. 2.
- [23] Cafarra, C., La dignitá de la vita umana, en Pontificia Accademia per la Vita, *Evangelium Vitae*, Rncíclica y comentarios, LEV, 1995, p. 187.
- [24] Este es el punto cardinal del pensamiento personalista de Karol Wojtyla que está bien expuesto, desde este punto de vista, por Massimo Serretti (cfr. Wojtyla K., *Perché l'uomo?*, Leonardo Milano, 1995, Introduzione).
- [25] *Evangelium Vitae*, n. 47.
- [26] Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la Eutanasia, n. 2.
- [27] Cfr. Concilio Vaticano II, *Gaudium et Spes*, 12.
- [28] Concilio Vaticano II, Constitución Pastoral "*Gaudium et spes*", n.12.
- [29] Sgreccia, E., La persona e la vita, *Dolentium Hominum* 1988 (2): 38-41.
- [30] Cfr. A. Puca, *Il caso di Nancy Beth Cruzan*, "*Medicina e Morale*", 1992, 5, pp. 911-932.
- [31] K. O'Rourke, *The christian affirmation of life*, "*Hospital Progress*", 1974, 55, pp. 65-72. Sobre este argumento ver por ejemplo G. Perico, *Testamento biologico e malati terminali*, "*Aggiornamenti sociali*", 43/11 (1992), pp. 677-692; *Conf. Episc. Pennsylvania*, Living Will an Proxy for Really Care Decisions, en "*Medicina e Morale*", 42/5 (1993), pp. 989-999.
- [32] Véase J.R. Wernow, *The Living Will*, "*Ethics & Medicine*" 10 (1994), 27-35.
- [33] Respecto a esto es necesario referirse también a la Recomendación n. 779/1976 de la Asamblea del Consejo de Europa sobre los derechos del enfermo y del moribundo, que en la porción correspondiente al tema de la analgesia se expresa con una cierta ambigüedad.
- [34] Juan Pablo II, *Fides et ratio*, 14.9.98, n.23.
- [35] *Idem*.
- [36] *Evangelium Vitae*, n. 67.
- [37] No sorprende constatar que en algunos hospitales especializados en la asistencia de pacientes moribundos de los Estados Unidos, el 100 por ciento de las familias de los pacientes difuntos sean

ayudados a reelaborar el luto en la inmediatez del hecho y, en el caso que sea necesario, también a distancia de tiempo.

Vivir y morir con dignidad

Leon R. Kass

Muchos de los que propugnan la eutanasia, especialmente cuando es solicitada por el propio enfermo, agitan la bandera de la muerte digna. La defensa de la dignidad humana exigiría poder elegir el momento de la propia muerte, poniendo fin a un sufrimiento al que no ven sentido. Pero habría que preguntarse qué significa realmente morir con dignidad. Es lo que hace el Dr. Leon R. Kass, profesor de la Universidad de Chicago, en un artículo, aquí resumido, publicado en *The Human Life Review* (Nueva York, vol. XVI, n. 2) (1).

La expresión morir con dignidad implica ciertamente que hay maneras más y menos dignas de morir. Si las peticiones en favor de una muerte digna están aumentando, es porque cada vez hay más gente que ve cómo otros mueren de un modo menos digno, y temen que les ocurra lo mismo a ellos o a sus seres queridos.

La posibilidad de morir dignamente puede frustrarse por muchas cosas: coma, senilidad, locura, dolor insoportable, parálisis total, aislamiento, muerte repentina, y también por desmedidas o impersonales intervenciones médicas dirigidas únicamente a aplazar una muerte segura. Por eso hay quienes reivindican una muerte digna sin obstáculos antinaturales.

Lo que deshumaniza la muerte

Crece, pues, el deseo de autonomía y de dignidad frente a la medicalización del término de la vida. Personas orgullosas de su antigua independencia acaban encontrándose impotentes, con la única compañía de tubos y artilugios mecánicos y eléctricos. Ciertamente les cuesta representar el nuevo papel de seres pasivos, obedientes y sometidos a una férrea disciplina. La muerte digna significaría ante todo suprimir esos aspectos que degradan y deshumanizan el fin de la vida.

Se comprende esta preocupación. Pero suprimir esos obstáculos no basta para conseguir una muerte digna. En primer lugar, porque no todos son artificiales y externos: los achaques e incapacidades, la demencia y la parálisis tienen causas naturales e internas. Además, no hay nada de dignidad en el mismo proceso fisiológico de la muerte, sino sólo en el modo en que lo afrontamos.

En tercer lugar, por el mismo hecho de dirigirnos a un médico para buscar la salud y la longevidad, nos convertimos en pacientes; y, humanamente hablando, ser paciente en vez de agente es una cosa menos digna. Todas las personas, especialmente los ancianos, se quiera o no, aceptan una serie de humillaciones por el hecho de recurrir a la asistencia médica.

Una muerte realmente digna no consiste sólo en la ausencia de tribulaciones externas. La dignidad frente a la muerte no viene conferida desde el exterior, sino que requiere una grandeza de ánimo que proviene del alma misma de quien la afronta.

Encarar la propia muerte

En su sentido etimológico, la palabra dignidad implica elevación, honor, nobleza. No puede ser exigida o reivindicada, porque no es algo que pueda ser suministrado o atribuido sin más. Uno no tiene más derecho a la dignidad -y por tanto a la muerte digna- que a la belleza, a la valentía o a la sabiduría, por muy deseables que sean estas cosas.

La vida ofrece muchas ocasiones para mejorar en las virtudes: fortaleza y ecuanimidad, generosidad y amabilidad, valentía y autodominio. Muchas veces la adversidad estimula las mejores fibras del hombre. Enfrentarse a la propia muerte -o a la de nuestros seres queridos- supone una oportunidad para ejercitar nuestra humanidad, tanto en lo grande como en lo pequeño. La muerte digna, en su sentido más esencial, no puede significar otra cosa que una actitud digna y una conducta virtuosa ante el desenlace final.

¿Cuál es el modo de enfrentarse dignamente a la muerte? Lo primero es saber que uno se está muriendo. De este modo procurará resolver los asuntos pendientes, tomar sus disposiciones, cumplir sus promesas o simplemente despedirse. Es necesario también que uno siga siendo en cierto modo agente y no sólo mero paciente. Por eso, debe participar en las decisiones sobre el tratamiento médico al que será sometido o sobre el modo de pasar el tiempo de vida que le queda. En tercer lugar, deberá mantener, en la medida de lo posible, ciertas actividades y relaciones familiares, sociales y profesionales.

También es necesario saber afrontar, de modo consciente y en la intimidad del alma, el hecho crudo de la muerte próxima. En especial, la persona que no tiene más remedio que soportar pasivamente su decadencia reafirmará su dignidad en la medida en que sepa afrontar con lucidez su fin y sin hacerse vanas ilusiones.

El trato de los otros

Una vida humana digna no consiste sólo en un proyecto en solitario contra una muerte inevitable, sino en un entramado de relaciones humanas. Del mismo modo, un marco digno de relaciones humanas es también importante para tener una muerte digna. El ejercicio de nuestra dignidad humana depende de que sigamos recibiendo por parte de otros un tratamiento respetuoso. El modo en que se dirigen a nosotros, lo que se habla en nuestra presencia, la delicadeza con que tratan nuestros cuerpos o sentimientos, todo eso sostiene nuestra dignidad en el momento de la muerte.

La objetivación del moribundo y el distanciamiento son una comprensible reacción de defensa por parte de quienes no soportan ser testigos del sufrimiento o la incapacidad de los seres queridos. Pero este rechazo del contacto, del afecto y del cuidado es probablemente la causa principal de la deshumanización de la muerte. La muerte digna requiere que los allegados traten al ser humano, hasta el final, como a una criatura a imagen y semejanza de Dios. Espero que quede claro, pues, que una muerte digna, entendida como encarar dignamente la muerte, no es un asunto que se reduce a quitar enchufes o suministrar sustancias letales.

Otro modo de respetar la vida

¿Pero qué hacer en los casos extremos? Pues, se me objetará, no todos tienen la fortuna de morir tranquilamente en casa, rodeados del afecto de los suyos. Sobre el trato a los moribundos la respuesta no ofrece en principio dificultades. En mi libro *Toward a More Natural Science* he subrayado la primacía del principio de aliviar el dolor y el sufrimiento, así como del diálogo y del trato afectuoso hacia el paciente; igualmente, he señalado la necesidad de renunciar a algunos métodos de prolongar la vida que lo único que prolongan o aumentan es el dolor, las penas y el sufrimiento del paciente.

Soy consciente de los peligros que esto entraña y de la imposibilidad de establecer reglas concretas para cesar todo tratamiento. Para decidir si hay que aplicar un tratamiento y con qué intensidad, hay que considerar siempre la salud, capacidad y estado mental de cada individuo. Interrumpir una terapia y permitir que sobrevenga la muerte puede ser en algunas circunstancias

perfectamente compatible con el respeto que se debe a la vida. Porque se puede respetar la vida no sólo preservándola, sino también permitiendo que llegue a su término de modo natural.

Voluntad contra necesidad

Hay dos razones por las que la eutanasia a manos de médicos me parece contradictoria. De un lado, por las desastrosas consecuencias sociales que comportaría. De otro, y principalmente, porque matar a un paciente -incluso aunque lo pida- viola el significado esencial del arte de curar.

Hay, sin embargo, quienes dicen que la eutanasia voluntaria es un acto libre y, como tal, reafirma la dignidad de una voluntad libre contra la ciega necesidad. Pero las personas que realmente contemplan la eutanasia como una posibilidad para sí mismas, ¿se plantean la cuestión en estos términos? ¿No estarán más bien buscando una salida para acabar con sus problemas y dolores? ¿No hay más dignidad en la valentía de afrontarlos?

Respecto a la dignidad de la persona, la eutanasia es algo paradójico e incluso contradictorio: ¿cómo puedo honrarme a mí mismo suprimiendo mi propio ser? Incluso en el caso de que la dignidad consistiera únicamente en la autonomía, ¿no es curioso sostener que la autonomía alcanza su cénit en el mismo momento en que desaparece?

Otros aducen que la legalización de la eutanasia favorece la causa de la libertad humana, al aumentar las opciones posibles. Ciertamente, habría mucho que discutir, también desde el punto de vista teórico, sobre el modo de entender la libertad humana como un mero aumento de posibilidades. Desde el punto de vista práctico, en el caso que nos ocupa, la apertura a esta opción de suicidio asistido supondría una enorme restricción del ejercicio de la libertad. Porque elegir la muerte no es una opción entre muchas, sino el modo de suprimir todas las opciones. Además, acabaría desencadenándose una fuerte presión social, sutil o abierta, para que las personas ancianas o con graves enfermedades y deficiencias eligieran esta opción.

El animal y el hombre

Los partidarios de la eutanasia no comprenden lo que es la dignidad humana. A lo más, la confunden con el humanitarismo. Uno

de sus argumentos favoritos toca esta tecla: ¿Por qué -dicen- eliminamos a los animales cuando sufren sin remedio, pero obligamos a beber el cáliz hasta la última gota a nuestros congéneres humanos? ¿No es esto inhumano?

Quizá sea poco humanitario o compasivo, pero no es inhumano. Tratamos de modo meramente humanitario a los animales precisamente porque no son humanos. Eliminamos a los animales porque no saben que se están muriendo, porque no pueden afrontar deliberadamente su sufrimiento y no pueden alcanzar un final digno. La lástima por su desgracia es el único sentimiento que puede despertar en nosotros un animal que sufre sin remedio. Pero cuando un ser humano consciente nos pide la muerte, por este mero hecho hace presente algo que nos impide mirarlo como a un animal mudo.

Lo que más necesita la humanidad para hacer frente al mal es la valentía, la capacidad para resistir el miedo, el dolor y los pensamientos nihilistas. Las muertes que más admiramos son las de quienes, sabiendo que van a morir, afrontan este hecho decididamente y actúan en consecuencia: ponen sus asuntos en regla, procuran despedirse de sus seres queridos y, con fuerza de ánimo y una chispa de esperanza, siguen viviendo, trabajando y amando tanto como pueden durante el tiempo que les queda.

La arrogancia

¿Qué conclusiones podríamos sacar para proponer una política social al respecto? En primer lugar, debemos rechazar la postura de quienes, metiendo una cuña entre la dignidad humana y la inviolabilidad de la vida, postulan la necesidad de la eutanasia activa en pro de la muerte digna. Porque precisamente el poner unos límites firmes contra la violación de la vida humana hace posible que las relaciones con nuestros semejantes sean dignas, sobre todo cuando su estado de necesidad o de incapacidad ponen a prueba nuestra paciencia. Nunca podríamos tener una relación auténtica con una persona si tuviéramos la potestad de acabar con su vida. Por encima de todo, nunca debemos tratar de aliviar nuestra propia frustración y amargura ante la lenta muerte de otro, suponiendo que podemos matarlo para mantener su dignidad.

Los antiguos griegos eran conscientes de lo que significaba la *hybris* (arrogancia) y su destino trágico. Los modernos racionalistas, no. No nos damos cuenta de que el proyecto de conquista de la

muerte conduce sólo a la deshumanización, que todo intento de conquistar el árbol de la vida mediante el árbol de la ciencia lleva inevitablemente también a la cicuta. La maldición humana es descubrir demasiado tarde los males latentes en la conquista de los bienes que deseábamos.

Ante los grandes éxitos de la medicina, las enfermedades terminales e incurables aparecen como fracasos y afrentas al orgullo humano, que se rebela al sentirse sin recursos. Por eso, después de adoptar una actitud preferentemente técnica hacia la vida y de medicalizar tanto su término, se pretende dar una solución técnica final al mal de la finitud humana, al propio e inevitable fracaso técnico y a la degradación vital que es una consecuencia no querida del propio éxito técnico.

La actual situación crítica, que lleva a algunos a reivindicar la eutanasia activa, es ciertamente una oportunidad para ser más conscientes de los límites de la medicalización de la vida y de la muerte, y para recobrar el verdadero sentido de vivir con y contra la mortalidad. Es una ocasión para recordar y afirmar que en el hombre permanece siempre un resto de humanidad -aunque esté en estado precario-, que ha de ser tratada de modo especial en los casos de enfermedad incurable y terminal. Si cediéramos y nos convirtiéramos en dispensadores de muerte, no sólo estaríamos incumpliendo el deber de cuidar a nuestros seres queridos. También agravaríamos las peores tendencias de la vida moderna, abrazando el tecnicismo y el así llamado humanitarismo en vez de estimular actitudes valientes y verdaderamente humanas. En cambio, si rechazamos la ética de la elección y sus opciones de muerte, aprenderemos que la finitud no es una desgracia y que la dignidad humana puede encontrarse hasta en el último momento de la vida.

La eutanasia no voluntaria

¿Y qué decir de la eutanasia no voluntaria, de los que están en tales condiciones (en estado comatoso, senil o psicótico) que ni siquiera pueden solicitarla? ¿Puede ser algo que sirva a su dignidad humana? Si, como los libertarios radicales afirman, la dignidad está vinculada a la propia autoconciencia y voluntad, entonces la eutanasia no voluntaria o delegada nunca podrá ser un acto digno

para el que la sufre. Es precisamente la ausencia de humanidad digna lo que invita a considerar la posibilidad de la eutanasia activa.

¿Pero es realmente cierto que tales personas carecen de toda dignidad humana? Habría que examinar los casos concretos. Muchas personas en estados de vida disminuida pueden participar, aunque de manera parcial, en las relaciones humanas. Son capaces de reaccionar a palabras o músicas conocidas. Pueden gozar de recuerdos o alegrarse por la presencia de alguien que les cuida. Y, al contrario, pueden irritarse o sentirse heridos o tristes. Precisamente porque no sabemos a ciencia cierta lo que sienten y comprenden, no podemos tratarles como si no tuvieran ninguna dignidad.

¿Y en los casos de una persona en estado vegetativo persistente sin ninguna relación con quienes le rodean? ¿Qué queda ahí de dignidad humana? ¿Por qué no podemos tratar a tales seres humanos como tratamos -justamente- a los animales, sacándoles de su estado miserable? Incluso aquí uno no puede estar absolutamente seguro de que el enfermo no tenga conciencia alguna. Hay casos, si bien bastante raros, de personas que se han despertado de un coma profundo -incluso con electroencefalograma plano- y han contado después que tenían conciencia bastante clara de lo que se decía y hacía en torno de ellos, aunque no manifestaban entonces ninguna reacción.

En estos casos, yo preferiría estar al lado del enfermo, dejándole morir si ése es el proceso natural. No iría mucho más allá de suministrarle los medios mínimos para seguir viviendo. Pero nunca le pondría una inyección letal ni realizaría otras acciones que provocaran la muerte del paciente. Entre los métodos indignos, éste me parece el menos digno.

No me hago ilusiones de que sea fácil soportar casos como los de Karen Ann Quinlan, Nancy Cruzan o el pequeño Linares. Me doy cuenta de la angustia y de las penalidades que suponen para ellos mismos y para sus familias. Sé también que cuando el corazón no aguanta y los nervios se rompen, se puede llegar a matar por compasión. Pienso que deberíamos estar dispuestos a disculpar - como solemos hacer-, al que así obra. Pero disculpar no es justificar. Y mucho menos confundir eso con una actuación digna.

Sobre la muerte cerebral

Hans Thomas. Director del Lindenthal Institut (Köln, Alemania)

Siendo el órgano que garantiza la unidad del organismo viviente, el cerebro es, asimismo, garante de la persona humana. Sin cerebro ésta deja de existir. Nada cambia el que se mantengan artificialmente las funciones capitales del cuerpo, como la respiración y la circulación. La persona, el hombre, está muerto. Tenemos ante nosotros un cadáver, aunque la circulación funcione. La continuación del riego sanguíneo se entenderá como una función de la técnica médica que consigue mantener la circulación.

No es lo mismo muerte que muerte cerebral

Desde siempre los médicos certifican que “ha llegado la muerte”. Lo que en cada caso hacen es dar fe de que ya no hay señales de vida. Desde un punto de vista médico, todavía no hemos podido salir de esta definición puramente negativa de la muerte.

El hecho de que se requiera al médico para la certificación profesional y oficial de la muerte no quiere decir que él sepa mejor que los demás qué es la muerte. Los signos infalibles de la muerte de un individuo, de que ya no existe vida, saltan a la vista de cualquiera. Interrupción de la comunicación, inmovilidad, descenso de la temperatura, cambio de color, rigidez muscular, descomposición cadavérica... El médico debe constatar antes que otros, con el mínimo margen de duda o error posible, que todo eso va a suceder de manera irrevocable. Durante milenios, los médicos han enseñado que estas cosas suceden finalmente cuando ocurre la parada cardíaca. Hasta nuestros días eso era válido, el que la muerte llegaba por parada cardíaca, pero hoy puede lograrse la reanimación por medio de masaje del corazón o su trasplante. Ya no pueden considerarse sinónimos la parada cardíaca y la muerte. Para compensar esa diferencia hemos inventado la “muerte cerebral” en caso de duda.

Correcto, necesario, legítimo. Pero puede discutirse si la elección del término “muerte cerebral” fue acertada o no. Se entiende que la muerte le acontece al individuo, no a su cerebro. Es eso lo que se quería señalar. Pero este nuevo diagnóstico aclara tan poco acerca de lo que la muerte es como el término “muerte del corazón”. La certificación de muerte cerebral es complicada precisamente porque

sigue habiendo signos de vida y porque para el observador imparcial indudablemente el paciente no está muerto. Da la impresión de que tanto la muerte cerebral como la muerte propiamente dicha se han convertido en una competencia exclusiva de la autoridad científica, toda vez que la comprobación de la muerte cerebral se sustrae a la común experiencia de la gente, y necesita de un suficiente conocimiento técnico y de un instrumental apropiado. Da la sensación de que se haya descubierto el carácter empírico de la muerte.

La “muerte cerebral” es un diagnóstico de índole médica, sin indicación alguna. Más bien supone dar fin a la misión del médico. Eso lo hace el diagnóstico junto con la clásica certificación de muerte. Quiere esto decir que, en principio, y por regla general, se deja morir al paciente.

Toda excepción a esta regla en un caso individual debería motivarse y justificarse de manera suficiente. ¿Puede haber acaso razones suficientes como, por ejemplo, la extracción de órganos para su trasplante. Si no fuera por esto la muerte cerebral apenas plantearía problemas.

Entre el diagnóstico médico de muerte cerebral y el significado de la muerte media un abismo

Hoy en día la muerte cerebral se define ordinariamente como la irreversible pérdida de *todas* las funciones cerebrales (34, 13) o destrucción del cerebro completo (12, 38). No vamos a entrar aquí en la problemática práctica de ambas definiciones, ni tampoco en la diferencia entre las dos. ¿Cómo saber que la pérdida era irreversible, si se procede a la extracción del órgano con consecuencia de muerte? (12; 38, 35). ¿Y qué seguridad se tiene de que también se han destruido *todas* las áreas del cerebro si ello se confirma en el tronco cerebral? (14, 25). Aunque se haya comprobado en las arterias principales la detención del flujo sanguíneo, ¿no podría todavía haber partes de la corteza cerebral mantenidas por arterias colaterales que sangran aún? (21, 22, 34). Desde el punto de vista práctico puede describirse la muerte cerebral –más precisamente, la muerte del tronco cerebral– como una situación a la que inevitablemente siguen todos los indicios que siempre han anunciado la muerte si los

aparatos y dispositivos médicos no lo impiden. Esto constituiría un testimonio médico empíricamente fundado. No identificaría la muerte cerebral con la muerte, y se abstendría de decir si –y, en su caso, por qué– resulta lícito impedirla o posponerla. Por la falta de claridad empírica, se suele argumentar filosóficamente, por ejemplo así: Siendo el órgano que garantiza la unidad del organismo viviente, el cerebro es, asimismo, garante de la persona humana. Sin cerebro ésta deja de existir. Nada cambia el que se mantengan artificialmente las funciones capitales del cuerpo, como la respiración y la circulación. La persona, el hombre, está muerto (29). Tenemos ante nosotros un cadáver, aunque la circulación funcione (1, 13). La continuación del riego sanguíneo se entenderá como una función de la técnica médica que consigue mantener la circulación.

El argumento parece plausible, aunque es cierto que con el mantenimiento de la circulación y del conjunto del metabolismo en buena medida se consigue sostener de hecho la “unidad del organismo vivo”. Una simple bomba, el respirador artificial, apenas puede servir como causa suficiente; en todo caso puede considerarse como una ayuda necesaria. Ante todo, este argumento contiene una interpretación que ni se basa en un hallazgo puramente empírico ni permite ser deducida de manera concluyente de aquél. Contra esta tesis obra la común experiencia humana, que espontáneamente se niega a admitir la idea de un cadáver con el corazón latiendo. Quien está junto al lecho del abuelo y siente su pulso tiene que estar totalmente persuadido de su muerte para considerarle cadáver. Además, esta interpretación, como cualquier otra, es discutible en un contexto pluralista. Alguien podría decir que es persona sólo quien todavía se halla en posesión de una corteza cerebral intacta (18, 19, 37), ya que cuando el cortex está arruinado ya no existen funciones humanas. Aunque el cuerpo todavía reaccione con reflejos, la persona está muerta (8, 15). Desde el punto de vista empírico nadie puede contradecir esto, pero tampoco el que lo afirma puede probarlo. Con la interpretación así modificada cambia también la definición de muerte cerebral (8), y de ahora en adelante los muertos seguirían respirando solos.

La discusión no es nueva, y los argumentos se alzan cuando aparecen intereses pragmáticos que se pronuncian por un nuevo significado [1]. Sin embargo, ya nadie propone entregar libremente cadáveres “calientes” a los estudiantes de Medicina, con objeto de que estudien

la anatomía más de cerca y “en vivo”, o se ejerciten en la cirugía con ellos [2].

Ahora se trata principalmente de extraer órganos vitales al cadáver para su trasplante [3] o experimentar con embriones según convenga. El especialista en ética médica Hans-Martin Sass propone, por ejemplo, no considerar a los no nacidos como sujetos humanos mientras su cerebro no sea identificable como ya en formación.

Entre el diagnóstico médico de “muerte cerebral” y la interpretación racional de la “muerte personal” pende un abismo insalvable, si bien se puede pasar por alto. De este modo, el diagnóstico médico “muerte cerebral” se ha convertido en “muerte” como un hecho comprobado con valor jurídico (15, 47). En todo caso, con ello se resuelve un problema jurídico, pero de ninguna manera el problema médico. La equiparación no es correcta desde el punto de vista médico, y constituye un dislate lingüístico no indispensable jurídicamente hablando. La situación diagnosticada queda inequívocamente aludida, del lado médico, por la expresión “muerte cerebral”. Pero si estamos hablando de muerte, el discurso sobre el “dejar morir” pierde todo su sentido. Los muertos cerebrales podrían llegar a morir realmente, pero los “muertos” ya no pueden morir más. Por tanto, falta una palabra para designar de la manera más adecuada lo que realmente ocurre si el “muerto” muere realmente.

Ahora bien, desde el punto de vista empírico, la vieja condición “muerte” es completamente distinta de la nueva “muerte cerebral”, tanto por el resultado como en virtud de su descripción. Empíricamente no hay motivo alguno para equiparar ambas. No obstante, lo empírico no valora; eso hemos de hacerlo nosotros como hombres. Desde ahí los juristas intentarán crear Derecho. Así, con los cadáveres se permite hacer lo que se prohíbe con los vivos [4]. Extraer órganos de los cadáveres presenta ciertamente menos problemas que extraerlos de los vivos. Desde el punto de vista jurídico bastaría equiparar, para este caso, la muerte cerebral a la muerte real. Todavía no está claro si la identificación de ambas resuelve más problemas jurídicos que los que crea. Con ella por primera vez desaparece la frontera que hasta ahora separaba diáfana la vida de la muerte. Si no se consigue determinar y expresar de modo tan seguro la nueva frontera, ¿cómo se podría evitar que un día se proceda con los vivos tal como se hubiera hecho hasta entonces con los cadáveres? Se les respeta por piedad, no

porque se les reconozca titulares de derechos. ¿Se trata, por tanto, de confirmar si la muerte ha llegado y cuándo? ¿O más bien se trata de fijar ahora, pragmáticamente, el instante de la muerte?

Quien afirma que la muerte cerebral es el final de la persona está diciendo que el individuo está muerto. Ya no queda margen alguno para afirmar que su cuerpo aún se mantenga con vida (39). De lo contrario, el ser del hombre sería divisible. Más allá de la muerte pueden continuar viviendo células e incluso órganos aislados durante algún tiempo, y también es posible que puedan mantenerse sistemas orgánicos completos con capacidad funcional mediante determinados procedimientos técnicos. Pero esto es cosa distinta. Cabría hablar en este caso incluso –por analogía– de órganos vivos. Sin embargo, de un muerto, de un cadáver, estamos pensando: el cuerpo como sistema unitario ya no vive (24, 22, 36). El todo ya no puede sostener a las partes y las partes ya no soportan el todo. De otro lado, ¿qué cantidad de miembros y órganos pueden amputarse sin poner en peligro la totalidad del organismo todavía vivo? ¿Dónde están los límites entre los sistemas orgánicos que continúan funcionando y un cuerpo que todavía conserva su integridad? ¿Se pueden encontrar esos límites? Unidad e integridad no se deducen de las partes. Incluso en los automóviles está antes el todo que las partes. Precisamente el proyecto del todo concede a la parte su fundamento y finalidad.

Quien no intenta primeramente entender el fenómeno de la integridad de un ser vivo, contentándose sólo con la realidad de las funciones particulares, igualmente puede llegar a valorar el cuerpo en su totalidad como un simple compuesto de órganos activos que se hallan técnicamente dispuestos para funcionar. Es conocido que la filosofía clásica introdujo el concepto de alma para explicar la unidad vital del ser vivo. Según Platón, no podría excluirse la idea de que el cuerpo puramente biológico exista todavía con independencia del alma. El alma es el hombre y el cuerpo su cárcel (31, 400c). El cuerpo es su instrumento [5] y, como tal, posee su propia existencia.

Esto lo reduce a su función. El alma pierde su herramienta al librarse del cuerpo, y éste pierde su función. El ser humano sigue viviendo en espíritu. El cuerpo carece de relevancia (32: 66-67b). Para Aristóteles y Tomás de Aquino, el alma es el principio de la vida y la forma del cuerpo de cada ser vivo, especialmente del hombre (4: 412 a 27, 41: a 2, ad 2, 42: l q 76, aa 3, 4). Si se separa del cuerpo, el hombre

muere y el cuerpo deviene cadáver y se corrompe. El alma subsiste, pero no es la persona completa que el hombre era y que, continúa razonando Tomás de Aquino, nuevamente será con el cuerpo en la nueva creación (43: IV 81, 42: Suppl. q 79 aa 2, 3). Aquí ya no habrá lugar para atribuir al cuerpo una existencia propia desligada del alma. Sería contradictorio afirmar la posibilidad de “seguir viviendo desde un punto de vista puramente biológico”.

Como es lógico, estos filósofos nada han dicho sobre si se puede determinar el momento exacto en que el alma abandona el cuerpo, la hora precisa medida empíricamente. Muerto está, en sentido filosófico, quien deja de estar en condiciones de conservar la unidad de su cuerpo (24, 30, 38).

El caso de Erlangen y la inflación del lenguaje

Esto es lo que normalmente sucede si todas las funciones cerebrales han dejado de actuar. No obstante, no hablamos de muerte si un cerebro tan dañado que ya no puede dirigir la respiración se recupera por medio de la respiración artificial. Sin este tratamiento el paciente habría muerto.

Tampoco es el caso de que haya estado muerto de manera momentánea y finalmente revive, como insinúa la palabra reanimación. Por el contrario, si se confirma la muerte cerebral, es decir, que *todas* las funciones cerebrales han caído *de forma irreversible*, está claro que ese hombre en adelante ya no podrá por sí solo mantener la unidad de su cuerpo. Si se le retiran los aparatos pronto estará muerto de manera incontestable. Pero si no se hace esto, nos encontraremos enfrentados al hecho de que no sólo seguirá manteniéndose la circulación sanguínea de manera mecánica, sino que también proseguirán muchas funciones coordinadas de los órganos del cuerpo y el conjunto del metabolismo, es decir, todo lo que Claude Bernard ha denominado *milieu interieur*. Precisamente en torno a esta noción se constituyó la especialidad de la medicina interna.

Todas estas reflexiones, sin embargo, no ayudan a responder la cuestión de si el muerto cerebral es un ser vivo sin funciones cerebrales (20, 36) o un muerto con funciones corporales sostenidas (1, 38). Desde luego, la identificación entre muerte cerebral y muerte choca, y no por casualidad, con el entendimiento y el sentido común.

Y resulta abusiva desde el punto de vista lingüístico. La experiencia primaria de cada cual choca con la idea de un “cadáver” cuyo corazón continúa latiendo, que permanece caliente, que aún puede ser alimentado y cuidado. Cuando se le roba al idioma la palabra “muerte” –lo que el sentido común entiende como “muerto”– y se recarga la palabra con una especie de cientifismo que hace inaccesible dicha expresión a la experiencia ordinaria, entonces la factura a pagar es muy alta. También la ciencia necesita los conceptos del uso cotidiano del lenguaje para su comprensión. El lenguaje teórico de carácter científico se alimenta del habla, pero no al revés, no pudiendo convalidar el idioma la manipulación racional que se produce al equiparar muerte cerebral con muerte.

Con gran alarde, los periódicos informaron y comentaron, en octubre 1992, el caso de una mujer embarazada de cuatro meses con muerte cerebral. La clínica universitaria de cirugía de Erlangen había decidido mantener la respiración y la alimentación por vía intravenosa, así como no interrumpir los cuidados y proseguirlos en lo posible hasta conseguir que el niño saliese adelante con capacidad de vida autónoma. Luego debería venir al mundo por operación cesárea. En este caso no se trata de un deber ético de los médicos, sino de un proceder éticamente permitido. Lo novedoso en el caso Marion Ploch era la indicación de aplazar el “dejar morir” aplicable a los pacientes con muerte cerebral. Ello suponía algo inusual, y es que aquí se trataba de dos. Por eso el médico se preocupaba de “mantener con vida” a la “muerta cerebral” hasta el nacimiento del niño. No obstante, los periódicos no informaron así del caso; más bien publicaban titulares sensacionalistas como “aquí se aprovechará el cuerpo muerto” hasta que venga al mundo “el hijo de la muerta”, un “huérfano ya antes de nacer”. La duda era si se debía responder a la vista de la “piedad debida hacia la madre muerta” (46). La discusión giraba en torno a si el tribunal de primera instancia habría traspasado jurídicamente una tierra virgen con la novedad legal de proveer para una “muerta” un asesor, es decir, un tutor, lo cual legalmente sólo estaba previsto para una persona viva, para una persona que, “a causa de una enfermedad psíquica o de una invalidez corporal, mental o psíquica, no pueda cuidar en todo o en parte de sus asuntos” (17). ¿Afectaba esto a la madre? Una encuesta urgente del Instituto Forsa constató una mayoría de respuestas a favor de “dejar morir” a la joven mujer, mientras que algunas mujeres del mundo político se indignaban por la degradación de la madre muerta a una “solución alimentaria”. Se llegó a escuchar incluso la palabra

“máquina de parir”. Las parlamentarias hablaban de una difícilmente soportable perversión del humanitarismo, y pensaban que el caso enseña “el escaso valor” que tiene la “dignidad humana de una mujer muerta, si su cuerpo tiene la finalidad de ser utilizado para evacuar el fruto de un embarazo” (7). No obstante, el hecho de que el caso de Marion Ploch no condujera a un nacimiento, ya que se produjo un aborto espontáneo en noviembre de 1992, no cambió en su significación principal con nuevos puntos de vista, a pesar de todas las especulaciones emocionales.

La indignación aludida presuntamente no hubiera tenido objeto si a la mujer se le hubiera considerado como una persona con vida. Al darla por muerta se hincharon los conceptos y las expresiones más exageradas. La pérdida de sentido de las palabras desataba el vértigo: “¿Dignidad humana de un muerto? ¡Pero si existe dignidad humana, entonces también deben darse los derechos humanos!” Sin embargo, a título de muerta, la mujer no puede ser ya sujeto de derechos [6]. Si se debe tomar en serio lo que se entiende por dignidad humana, entonces debe asentarse el precepto de la igualdad entre todos los hombres. Si esto vale también para los muertos, entonces se equiparan los vivos y los cadáveres.

¿Autosuficiencia?

La vida es *automotio*, decían los filósofos clásicos: movimiento desde sí mismo (33: 245c, 2: 201 a 11, 42: I q 18 aa 1, 2). La fórmula exige la unidad del organismo que, como un todo, exterioriza su vida por la actividad que extrae de sí mismo. Habría que preguntarse, primero, si el mantenimiento del “milieu interieur”, la homeostasis en el cuerpo de los muertos cerebrales, constituye una situación estática, o más bien un proceso dinámico, una actividad que consume energía, esto es, movimiento, *motio*. Aunque se trate de *motio*, se podría quizá contestar, sin embargo no puede considerarse *automotio*. El aparato que suministra la respiración implica, desde luego, una intervención exterior. Si el aparato no funciona, el paciente con muerte cerebral estará irremisible e incuestionablemente muerto. De esta forma se declaró muerta a la madre en la clínica de Erlangen, porque ya no estaría en condiciones de sostenerse “por sí sola”, es decir, de mantener la unidad funcional de su cuerpo. Pero a esa conclusión no deja de ser dudosa. La prosecución de un embarazo obviamente excede los servicios que pueda prestar una bomba de aire, una

infusión alimenticia o un medio que eventualmente establezca la circulación. Por tanto, el aparato de respiración constituye sólo una prótesis como cualquier otra. Así, todo ello supone una condición, ciertamente necesaria pero no suficiente, para el mantenimiento de la homeostasis, para la continuación del embarazo, lo cual constituye la *automotio*.

La segunda cuestión es si la pérdida de todas las funciones cerebrales por la destrucción completa del cerebro debe considerarse necesariamente el fin de la existencia del hombre, o si tal pérdida – como ocurre con la pérdida funcional de otros órganos como el hígado, ambos riñones o el corazón– no puede concebirse como un defecto en un enfermo, quizás el defecto más grande imaginable. Ha de objetarse la posibilidad de compensar con técnicas médicas esas otras funciones orgánicas. Evidentemente, también ciertas funciones coordinadoras vegetativas del cerebro pueden ser suplantadas técnicamente, en todo caso las suficientes para mantener la oxigenación, la circulación sanguínea, el metabolismo e incluso la gestación, al menos un cierto tiempo, tiempo en el que todavía podemos encontrar vivo al paciente. Tratamos aquí sólo de ese lapso de tiempo: ¿El paciente vive o está muerto? Si todo dependiera de que pueda vivir sin respirador, ¿por qué no estará muerto el paciente que sufre edema cerebral traumático, que necesita ser asistido con respiración artificial? ¿Quizá porque una vez que el edema ha retrocedido nuevamente resulta obvio que vive? La argumentación de que no es posible que un muerto vuelva a la vida, ¿no será quizás una concesión al sentido común, una recaída en el lenguaje cotidiano? Ciertamente; de lo contrario el receptor de un corazón estaría muerto mientras su organismo se mantuviera funcionando desde el exterior, durante la operación de trasplante (con la máquina cardiopulmonar) para después, y como conclusión de la intervención, volver a la vida. Efectivamente, tenemos grabada la imagen del enfermo que, tras una corta parada cardíaca, estaba muerto y renace a la vida, de manera que solemos decir que le hemos “reanimado”. En las condiciones de una sustitución técnica –que en el caso de la muerte cerebral garantiza una considerable reconducción integradora del organismo– se plantea la siguiente cuestión: si lo característico del organismo vivo es su auto-persistencia como un todo completo e integrado, ¿cómo juega un papel tan decisivo la irreversibilidad en el supuesto de muerte por pérdida total de las funciones cerebrales?

¿Qué se entiende por entelequia? [7]

Según Aristóteles, todo organismo vivo en virtud de su principio vital interno tiende a la realización de las manifestaciones vitales típicas del ser vivo, ante todo a su mantenimiento autónomo y su desarrollo. A esa dinámica interna del principio inherente a cada ser vivo que impulsa su existencia, Aristóteles la denomina entelequia (3: 641 a 17 - b 10; 645 b 14 y ss). Este concepto remite a la realización en el futuro (*Verwirklichung*) de un fin dado como impulso del principio vital [8]. La idea de una causa final resulta extraña al moderno pensamiento científico. En ningún diagnóstico médico se ponen de manifiesto las causas últimas de la supervivencia o de la enfermedad (la suerte, el destino o la purificación). Los pronósticos están fundados en la eficacia causal. (El pronóstico resultará infausto porque el tumor es grande y crece rápidamente, no “porque el reloj del paciente haya corrido mucho”). A pesar de esto, el conocimiento determina cada actuación médica según la naturaleza entelequial de la vida humana. *Sanar* constituye una noción enteléquica. Sanar implica confianza en las propias fuerzas de sanación de los pacientes, a quienes la medicina solamente presta servicios asistenciales: *medicus curat, natura sanat*.

Precisamente ese conocimiento es el que habilita al médico y le invita a no prescribir ya ningún tratamiento a la vista del diagnóstico de muerte cerebral y a paralizar toda su actuación, porque según toda su experiencia ya no se aprecia ninguna perspectiva de que el enfermo en el futuro pueda volver a llevar una vida autónoma. De cara a la decisión médica en caso de inminente muerte del paciente, la valoración realista de la esperanza de vida del paciente constituye siempre un argumento de gran peso ético.

Quien afirma que el paciente de muerte cerebral está muerto pretende manifestar que no sólo se está reduciendo su vitalidad, sino que su fuerza integradora, su entelequia, está ya apagada, y de ahí, por analogía, que ya sólo pueda hablarse de una vida inconexa, a base de órganos o células aisladas. En otras palabras, pretende saber *cuánta* fuerza vital le hace falta aún al organismo para no darle todavía por muerto. Asumir que un muerto cerebral está muerto siempre supone un juicio anticipado sobre la mínima cantidad requerida de dinamismo restante para que un paciente todavía pueda ser contado entre los vivos. Pero un juicio sobre la cantidad de

“salud residual” [9] siempre queda expuesto al riesgo de que intereses extraños puedan negociar el “resto de vida” del paciente.

Al ratificar la muerte cerebral como criterio de muerte prevalece la “imposibilidad teórica” de vivir sin cerebro –que se declara con científica autoridad– respecto del “hecho práctico” de que mediante ventilación artificial los signos vitales subsisten (circulación sanguínea, homeostasis, incluso el embarazo).

Con esto a lo mejor se enmascara una especie de jerarquía preferencial de órganos en el organismo, en cuya cúspide estaría el cerebro, concepción que en cierto modo resulta más cercana a la cultura racional-científica (“cerebral”) que la clásica representación del corazón como la parte central del hombre, tanto desde el punto de vista físico como espiritual.

En 1985 el doctor Alan Shewmon (37) [10] propuso un experimento mental. Había extrapolado la técnica de la amputación de tal manera que en la sala de operaciones se encontraban, de una parte, el cerebro, en una bandeja, y de otra, el resto del cuerpo completo del paciente en una camilla, ambos bien cuidados y conectados a las máquinas correspondientes, suficientemente vascularizados y alimentados. Aquí viene la pregunta: ¿Dónde está “él”? Quien equipara muerte cerebral y muerte señalará a la bandeja. ¿Pero no representa esto una posición tan absurda como la de quien señalara a la camilla? El reduccionismo radical de este supuesto en el fondo desaprovecha los sorprendentes efectos que esperaba conseguir. Se trata del todo, de la totalidad, de la unidad del organismo, aunque éste sufra las más graves dolencias. Sin embargo, aquí nos encontramos el cerebro considerado como un todo. La unidad que no está presente está sólo “representada”. De ahí se deduce que el hombre es su cerebro [11]. Esta definición Peter Singer la entiende en sentido funcional, y Hans-Martin Sass en sentido neuroanatómico. Ambos, sin embargo, deducen del incumplimiento de su criterio sobre el cerebro la no-existencia del sujeto humano. Para Singer no es realmente humano quien no presenta ciertas prestaciones cerebrales idóneas (40); para Sass no es un hombre válido quien carece de la suficiente irrigación neuronal (35). El resto del cuerpo se convierte finalmente, según estos supuestos, en un apéndice del cerebro de menor relevancia.

¿Vive la madre cerebralmente muerta pero está muerto el donante de órganos con muerte cerebral?

En la interpretación de la muerte cerebral parecen cruzarse dos direcciones de pensamiento enfrentadas. Una se origina en el paciente vivo: caída de las funciones, crisis y, para dominarlas, las consiguientes medidas terapéuticas, hasta llegar al colapso cerebral. Incluso éste puede llegar a dominarse gracias a la técnica, que por eso se valora tan positivamente. El otro enfoque parte de la muerte y recorre el camino inverso. La técnica retrasa el proceso, y por eso se considera perturbadora; así lo intuyen los críticos del citado caso de la clínica de Erlangen.

En el caso de Erlangen, la intuición se pronuncia realmente por mantener con vida a Marion Ploch, considerándola como persona viva con lesión grave e irreversible, sin posible salvación. En el caso del muerto cerebral del que se plantea se pueda considerar como donante de órganos, la intuición por el contrario sugiere considerar al muerto cerebral como verdaderamente muerto a la vista de los enfermos graves que son candidatos a recibir el trasplante que previsiblemente pueda curarles. Esto minimiza los problemas de legitimación ética que la sustracción de órganos pueda producir. Jurídicamente sale al paso la sospecha de un homicidio.

Sin embargo, no puede juzgarse una vez de una manera y otra vez de otra forma distinta, sino que hay que decidirse. Problemas se suscitan en ambos casos. Si se dice que la mujer embarazada estaba muerta, entonces hay una eventualidad ya predeterminada: una mujer con muerte cerebral puede ser “aprovechada” para transferir un embrión obtenido por fertilización *in vitro* al útero materno, y así puede ser utilizada efectivamente como máquina de parir, sea porque se quiere ahorrar un embarazo a la madre genética, sea porque se trata de no dejar morir a los llamados embriones “sobrantes”, lo cual podría incluso ser éticamente obligado. Por el contrario, si se dice que el posible donante de órganos vive todavía, esto presenta problemas de justificación en torno a la sustracción de un órgano vital como, por ejemplo, el corazón.

Legitimidad de prolongar la vida en los muertos cerebrales

Cuando en 1968 el comité *ad hoc* de Harvard (5) resolvió fijar la muerte cerebral como criterio de la muerte se alegó, como fundamento *teórico*, que tanto la reanimación como el trasplante de corazón habían relativizado el valor de la parada cardíaca como indicio de muerte. *En la práctica*, dicha resolución había sido dictada como apoyo a la legitimidad de sustraer órganos de los muertos cerebrales. Una revisión de la identidad entre muerte cerebral y muerte, por tanto, no sólo tendría que demostrar que el citado criterio de muerte cerebral como signo de muerte es insuficiente como fundamento técnico, sino que además, en lo posible, tendría que servir para decidir sobre la legitimidad o no de sustraer órganos vitales a los muertos cerebrales.

El problema de legitimación se extiende a dos cuestiones distintas:

- a) ¿Justifica la sustracción de órganos propuesta unas medidas de prolongación de la vida en los muertos cerebrales?
- b) ¿Es propiamente legítima dicha sustracción de órganos vitales en los muertos cerebrales?

Como es sabido, únicamente de resultados empíricos no se pueden deducir proposiciones de índole ética. Del mismo modo, y en todo lo referido a reflexiones sobre la muerte cerebral, se recomienda separar las afirmaciones empíricas de las interpretaciones racionales de la forma más cuidadosa posible.

En resumen: son distintos los hallazgos *empíricos* en que se basa desde siempre el dictamen de “muerte” (parada cardíaca, carencia de reflejos, enfriamiento, cambio de coloración, etc.) y los hallazgos que justifican el diagnóstico de muerte cerebral (carencia de reflejos cerebrales, EEG, angiograma, Doppler cerebral, etc.) Secuencia de los signos de un proceso de descomposición en el primer caso, y un determinado estado vital del cuerpo en el otro. No se puede identificar lo uno con lo otro desde el punto de vista empírico. Si se designa la primera situación con la palabra muerte, y se incluye un tercer estado entre estar vivo o muerto, habrá que incluir al muerto cerebral entre los vivos.

Partiendo de una interpretación antropológica que entiende como “vivo” al que tiene capacidad de dirigir autónomamente su cuerpo como un todo, entonces a la situación “vivo” no se oponen –según una concepción amplia– auxilios exteriores para el mantenimiento de la unidad corporal de manera persistente después de la pérdida cerebral. El aparato de respiración artificial es una prótesis que sustituye determinadas funciones cerebrales. En una concepción muy restrictiva también podría considerarse como muerto a quien ya no puede poseer realmente una comunicación o reacción humana. La misma incapacidad para moverse o hablar, en último término, ya constituyen una pérdida de unidad y totalidad del control autónomo del cuerpo.

Si se examina a fondo la interpretación racional, la que sea, suele descubrirse que ha resultado lo que se había asumido antes. La muerte cerebral vale hoy como signo de muerte, ya que cuando en 1968 se definió la muerte cerebral como tal se buscaba un signo seguro de muerte (6). Falta el puente que concilie los dictámenes empíricos con la interpretación racional de una manera concluyente. Sabemos que la muerte cerebral constituye un estado de transición en el proceso de morir, un momento entre la vida y la muerte que, sin embargo, puede prolongarse técnicamente.

También sabemos que el proceso que lleva a la muerte está inscrito en el de la propia vida. En qué momento exacto se termina el proceso de morir nadie lo sabe, y nunca nadie lo sabrá. Sobre si el muerto cerebral vive todavía o ya está muerto reina una ignorancia fundamental.

Por tanto, cada intento de legitimar la prolongación artificial de ese proceso de muerte y la extracción de órganos, tiene que asumir esa situación de ignorancia. La perplejidad práctica se debe a dos motivos: en primer lugar, se ha combinado una moderna industria científica con la ignorancia fáctica. La ignorancia es no saber todavía la razón de ser de cada negocio científico, pero con la idea de una ignorancia definitiva sólo difícilmente puede contentarse la industria científica. Ante la proposición “no sabemos y sabemos que nunca sabremos” la ciencia tropieza con su límite. Al traspasarlo, se decretará lo que no se pueda verificar. En segundo lugar, parece que una omisión sólo se puede legitimar por ignorancia en una cuestión de clara relevancia ética, pero no se puede legitimar una actuación que, si tuviéramos la posibilidad de darnos cuenta de ello, fuese

inmoral. Si supiéramos que el muerto cerebral está muerto, la extracción de órganos sería éticamente lícita. Si conociéramos que él vive, como parece, la extracción, al menos de órganos de vital importancia, sería éticamente inadmisibles. En este caso, el muerto cerebral sería utilizado sólo como medio para un fin extraño.

¿Resulta, además, éticamente rechazable, si ello fuera posible, apartarse de la indicación “dejar morir” en el caso de un muerto cerebral y, por tanto, “mantenerle con vida” con vistas a efectuar una posterior extracción de órganos? En términos generales, y considerada aisladamente, la prolongación de la vida –esto es, la prolongación del proceso de morir– es no sólo inconveniente desde el punto de vista moral, sino que tampoco es moralmente buena. Pero no es malo en sí mismo, a la vista de la asistencia y cuidados empleados, que el muerto cerebral no sea considerado solamente como medio para un fin ajeno. En todo caso, si se tratara de la mencionada prolongación, la dedicación del médico y del personal sanitario tendría igualmente que considerarse válida según la intención en juego.

Una acción es moralmente buena si tanto la intención subjetiva en que se basa, como su desarrollo objetivo es bueno. La bondad o maldad de prolongarle la vida a un muerto cerebral depende en una forma determinante de la intención que inspire tal acción. En este sentido puede considerarse legítima la prolongación de la vida de una embarazada, muerta cerebral, para la salvación de su hijo.

Respecto a la acción de tratamiento curativo previsto para un receptor de órganos, tal tratamiento puede situarse en primer plano como un propósito en sí mismo enteramente bueno. En todo caso no debe prevalecer de manera que ya no se considere la dignidad y derecho a vivir del muerto cerebral no pueda imponerse válidamente, condición que asigna a los cuidados diagnósticos y asistenciales unas elevadas exigencias. Sin embargo, la simple ambición de dinero o la vanidad pura del investigador descalificarían en ambos casos subjetivamente la prolongación de la vida como motivos rectores en el caso de un muerto cerebral.

Dentro de las limitaciones corrientes de la ética médica, la prolongación de la vida al posible donante de órganos, o la prolongación del proceso de muerte, puede considerarse éticamente legítima. Suponiendo en todo caso que la propia extracción de órganos se considere como éticamente lícita.

Legitimidad de la extracción de órganos

Hay que subrayar que la licitud ética de prolongarle la vida a un donante de órganos cerebralmente muerto dependerá, en último término, de que esa actuación pueda considerarse como parte del proceso curativo de un receptor concreto. De ello puede deducirse que la intención rectora del conjunto de la acción es el tratamiento curativo. En general, apenas es posible concretar en qué medida puede garantizarse la relación entre estas dos actuaciones, la extracción de órganos en muertos cerebrales y el trasplante a un enfermo. Deberían exigirse condiciones que permitan hablar de un vínculo moral concreto entre las partes (receptor/médico/donante). La unidad de actuación podría considerarse ejemplar si el médico que trata a un candidato receptor se pone en contacto o trata también al donante muerto cerebral de una forma personal. A esta actuación también corresponde el consentimiento del donante, del cual el médico ha de tener conocimiento, bien a través de una manifestación anterior de la voluntad del donante, o bien por la autorización de parientes que le representen y secunden su presunta voluntad. En todo caso ese consentimiento no legitima una actuación inmoral, sean cualesquiera los motivos. Desde luego, una vinculación clara de esta actuación con el negocio de comercio de órganos, por ejemplo, no cumple con los requisitos éticos, y el anonimato presuntamente deslegitima la extracción de órganos en muertos cerebrales, lo mismo que en el caso de la comercialización. Los órganos se convierten en cosas y ya no se consideran como parte de la persona. Mantener muertos cerebrales “para el caso de que...” (como bancos de órganos vivos) debería en todo caso confrontarse con las objeciones éticas más severas. El vínculo moral entre personas quedaría relegado a un segundo término, poniendo ante todo de relieve la consideración del muerto cerebral como un simple medio.

En la medida en que la división del trabajo hace las tareas más anónimas, la legitimación ética del trasplante de órganos vitales resulta cada vez más cuestionable. El hecho de que se produzca entre médicos y entre clínicas un intercambio de información acerca de la disponibilidad de donantes y de que se ayuden entre sí para encontrar aquellos que, hallándose en situación de muerte cerebral, resulten apropiados para el trasplante, es cuando menos éticamente

dudoso, a no ser que la responsabilidad del médico incluya una solidaridad ética profesional merecedora de confianza, además de garantizar el esmero en la actuación. Todo ello supone, en la práctica, un criterio restrictivo.

No se puede dispensar al médico especialista en trasplantes de la responsabilidad personal de tener que labrarse una imagen de lealtad por el estricto cumplimiento de normas morales válidas en un sistema de división del trabajo, ni tampoco de realizar el efectivo seguimiento de las mismas, en las cuales se encuentra y se basa la legitimidad ética de su propia conducta [12].

Mientras que para el trasplante de “un” riñón también se cuestiona la donación entre vivos, ésta resulta ilícita en el caso de los llamados órganos vitales, porque su extracción exige al médico matar al donante. Tampoco la propia autoinmolación de una madre en favor de su hijo podría eximir al médico de la prohibición de matar. La ética juzga la acción (matar), no la consecuencia (la muerte). En este último caso, aún quedaría abierta la cuestión de la elección entre la muerte de la madre o la del niño.

Por otro lado, no se puede eludir tener que matar en el caso de un muerto cerebral –si éste vive aún– al paralizar la técnica de prolongación de la vida antes de la extracción de órganos, y así tener la certeza suficiente para proceder a la extracción de los mismos, realizada al donante muerto. Es decir, ya después de una parada cardíaca, el riñón extraído en condiciones, por lo demás favorables (por ejemplo, después de 30 o 60 minutos de masaje cardíaco), muestra lesiones en los glomérulos que, en todo caso, suelen desaparecer después del trasplante en el término de una a tres semanas. Por el contrario, un riñón perfundido ya en condiciones circulatorias intactas, y congelado nada más ser extraído, permanece sin tales quebrantos, y entre las 24 y las 36 horas queda dispuesto para el trasplante. Todavía más si la perfusión arterial se mantiene constante. El hígado tiene que ser perfundido frío mientras el corazón todavía late. Asimismo, el corazón resulta inservible si mientras late no se perfunde con una solución fría, limpiando el sistema arterial de los restos de sangre y si no se congela. Así cesa de latir y resulta trasplantable en las doce horas siguientes [13] (9).

Para poder hacer realidad la buena intención, moralmente irreprochable, de la curación del receptor del órgano, las condiciones técnicas parecen no dejar otra posibilidad que matar al muerto

cerebral. Puesto que la intervención activa precede al suceso natural del morir, en esto podría basarse quien justificara la eutanasia al paciente terminal.

Por otra parte, gracias a la moderna técnica médica, el receptor del corazón vive durante un período prolongado durante la operación sin él. Esto quiere decir que en las condiciones de la medicina moderna tampoco el corazón constituye ya un órgano absolutamente vital, y llevó a incluir la “muerte cerebral” como criterio de muerte. Por lo tanto, la técnica que hace posible que el receptor de un corazón pueda vivir un buen rato sin él se podría también aplicar al durante la extracción, de modo que el muerto cerebral sobreviva aún a la misma. Después, la indicación simplemente aplazada “dejar morir” dispone la inmediata paralización de la técnica.

El argumento pragmático –estando así las cosas– justificaría desde el principio la renuncia al empleo de esa técnica, ya que su finalidad médica, concretamente la de sobrevivir, fracasaría por la indicación de paralizarla de inmediato, pero constituye una trampa, pues no hace desaparecer el problema de la muerte sobrevenida por la intervención.

Dejemos a un lado la controversia de si el muerto cerebral vive o no; supongamos que vive y preguntémosnos, desde el punto de vista de la naturaleza entelequial de la vida humana, qué diferencia el estado del muerto cerebral de otros estados de la vida, tal como se nos presentaban corrientemente antes de la aparición de la alta tecnología médica y tal como hoy siguen presentándose sin el empleo de ésta.

Definitivamente, el muerto cerebral sólo vive gracias a un tratamiento intensivo continuado. Las llamadas “fuerzas de autocuración de la naturaleza” han sido vencidas de modo terminante. Basta con omitir el tratamiento para producir una muerte inmediata. De lo contrario, los otros pacientes terminales siguen viviendo espontáneamente por sí mismos. Para producir una muerte inmediata se precisa la acción de matar. Es cierto que el muerto cerebral habría muerto mucho antes por la paralización del tratamiento, según la indicación correspondiente, pero muere, sin embargo, por la operación de extracción. Considerada así, la extracción de órganos y la eutanasia sólo se diferencian éticamente por el tipo de intención que les mueve: la eutanasia apunta a la muerte también según la intención. Ahí se elige la muerte como

medio para un fin, se trata de terminar con el sufrimiento o de una medida de higiene social, que se lleva a cabo con la muerte como tal, mientras que la intención primaria de la extracción de órganos es la curación del receptor. La muerte del muerto cerebral se aceptará, si bien elegida como medio, lo cual resulta moralmente ilícito, ya que ambos, tanto el mencionado muerto cerebral como el paciente terminal, poseen un derecho a la vida.

El derecho a la vida constituye, ante todo, un derecho a que nadie pueda sin culpa atacarlo causando la muerte. El derecho a la vida envuelve un derecho a morir de forma natural. De ahí que el derecho a la vida se concrete, en los pacientes terminales, en la pretensión de no ser matados, y en los muertos cerebrales, en la pretensión de no seguir manteniéndoles con vida. La distinción es fundamental. Entre la pretensión a seguir viviendo y la pretensión de morir sin impedimentos, el diagnóstico de muerte cerebral introduce una línea divisoria objetiva. En todo caso, hay que situar ambas pretensiones en distintos planos, ya que vida y muerte no suponen alternativas con iguales derechos, pues la muerte es, en términos empíricos, sólo la negación de la vida. La pretensión de seguir viviendo posee un carácter categórico y no puede ser suspendida a voluntad del afectado (no existe un derecho al suicidio ni un derecho a obligar a alguien a que mate), mientras que la pretensión de morir sin impedimento no puede tener, por ello, carácter absoluto alguno, puesto que la prolongación de la vida no produce ningún estado definitivo. El consentimiento del paciente no cambia en modo alguno la inmoralidad de la eutanasia (muerte a petición), mientras que el mantenimiento artificial de la vida, o la prolongación del morir, sólo serían éticamente injustificables si se verificaran en contra de la voluntad del afectado.

El hecho de que, más allá de la frontera “muerte cerebral”, mantener las funciones vitales dependa completamente del médico, puede sugerir la idea de que con ese poder de disposición sobre el proceso de dar muerte al muerto cerebral la medicina adquiriera también un derecho de disposición sobre el mismo o, al menos, sobre sus órganos, con el fin ético bueno de la curación de un tercero. Tal derecho de disponer se ejerce jurídicamente de la manera más concluyente mediante el certificado de defunción del muerto cerebral. En cambio, si el muerto cerebral vive, los órganos que se le han extraído habría que considerarlos donaciones entre vivos.

¿Quedaría derogada la prohibición ética de la donación de órganos vitales entre vivos en vista de aquella cesura fundamental *intra vitam* que significa el diagnóstico de muerte cerebral? Es ésta una cuestión tan decisiva como nueva. Es evidente que si realmente se pudiera disponer de los órganos, sólo podría disponer aquél al que se le fueran a extraer. En todo caso, no podría decidirse en contra de la voluntad. En otras palabras, ¿le está permitido a alguien decidir que pueda disponerse de sus órganos con el fin de curar a otro si se le diagnostica correctamente la muerte cerebral? ¿Puede el médico efectuar esa entrega en lugar de dejar morir al muerto cerebral, renunciando a la curación del candidato receptor? (28).

Sin querer dar una respuesta terminante a esta cuestión, entiendo que hacerlo afirmativamente sería al menos más plausible, y sobre todo más sincero, que eludirla a través de la arbitraria identificación entre muerte cerebral y muerte.

Si se trata de una donación entre vivos, el consentimiento del donante –o, en su representación, el de sus allegados– obtiene un relieve esencial [14] que va mucho más allá que el consentimiento basado en bienintencionadas declaraciones de piedad hacia los cadáveres. La piedad hacia el cadáver jamás ha prevalecido ante intereses reales (como, por ejemplo, los de carácter médico-legal), e incluso fue interpretada históricamente de formas muy diversas, como en el caso de los corazones de los reyes que se enterraban separados del cuerpo, o en el de las reliquias de los santos que se repartieron para su veneración.

Perspectiva

Sin llegar a identificar muerte cerebral y muerte, una regulación legal sobre la praxis de la donación de órganos que se base en las anteriores reflexiones puede hacer posible equiparar jurídicamente un muerto cerebral con un muerto en el campo específico del trasplante de órganos si dicha regulación respeta la voluntad del donante en tanto que donante “vivo”, con objeto de que se llegue a reconocer un vínculo moral entre personas, garantizando una suficiente conexión entre la acción de extraer y la de implantar, excluyendo la posibilidad de un mercado anónimo. Tal solución sería preferible y más adecuada que una regulación que se basa en la

arbitraria identificación entre muerte cerebral y muerte. Y ello en diversos aspectos:

1. Dicha solución acabaría con el desagradable cientifismo sobre la muerte que se impone al hombre corriente, y que la aleja de cualquier experiencia usual conocida, al igual que promueve en la opinión pública, y especialmente entre los familiares de los muertos cerebrales, el malestar y la desconfianza frente a la opaca actuación médica.
2. Aumentaría la responsabilidad en la atención diagnóstica y asistencial de los pacientes con muerte cerebral, manteniendo una franqueza distendida y atrayente en el trato con los allegados.
3. Inmunizaría la actual definición predominante de muerte cerebral (“muerte cerebral completa”) frente a relativizaciones del tipo “muerte cerebral parcial”.
4. No perjudicaría eventuales proyectos de entregar pacientes de muerte cerebral con respiración asistida para ser empleados –a lo mejor sistemática e industrialmente– como bancos de órganos vivientes o, si son mujeres, para aprovecharlas como “máquinas de parir” en beneficio de niños que no son suyos o, por ejemplo, como ocurre con otros cadáveres, para ejercicios de disección de los estudiantes de medicina.
5. Aparte de todo esto, la identificación entre muerte cerebral y muerte señala al cerebro como único órgano realmente vital. Con ello, el trasplante de tejido cerebral devendrá especialmente problemático [15]. Si, por el contrario, se considera al muerto cerebral viviente, entonces el cerebro tampoco resulta ser un órgano vital, y la cuestión ética del trasplante de tejido cerebral, al menos no constituye ya un problema teórico fundamental. El problema ético práctico de la procedencia del tejido cerebral para el trasplante no quedaría, sin embargo, en modo alguno resuelto (10).

Contra el trasplante de tejido cerebral, por ejemplo a un enfermo de Parkinson, o a un paciente de Alzheimer, se ha objetado que con ello se alteraría la identidad personal del receptor (27). Tal objeción es tan difícil de fundamentar como de refutar. Es otro problema, cuya solución presupone una mediación racional, en este caso, entre determinados tejidos de órganos y la personalidad humana. Esa mediación es aún más difícil de asegurar que aquella otra conexión

entre muerte cerebral y muerte. La objeción parece surgir de la misma interpretación trascendente del cerebro como cúspide de la jerarquía entre los órganos del cuerpo humano, que igualmente entiende la muerte cerebral como muerte de la persona. Sin embargo, el ser personal del hombre no se deja comprender en absoluto en función de tejidos celulares, estructuras orgánicas, funciones vitales u otras concretas capacidades y prestaciones. Por el contrario, entendemos el ser personal humano como algo completamente distinto de todo eso. De ahí, por ejemplo, que podamos razonablemente llamar a alguien de tú.

Postscriptum

Este artículo, por un lado, se opone a la ecuación entre muerte cerebral y muerte y, por otro, admite, dadas ciertas condiciones, el trasplante de órganos extraídos al muerto cerebral, lo cual aparece proscrito en el tutorismo ético que, en caso de duda o de ignorancia de si el donante vive todavía o está muerto, exige actuar como si estuviese vivo [16].

En resumen:

1. La muerte cerebral es un fenómeno enteramente nuevo. Sólo es perceptible en la situación de respiración artificial y excede cualquier experiencia humana hasta ahora conocida en el trato con vivos o muertos. No sorprende que el lenguaje no suministre ningún término adecuado para designar este fenómeno. Aunque con palabras inexactas, puede decirse que el muerto cerebral ha sobrevivido a su muerte natural gracias a la asistencia técnica. Parece que se trata de un tercer estado biológico entre las alternativas obvias de la vida o la muerte.
2. Este estado especial no presupone ninguna afirmación ontológica. Significa un límite epistemológico. La indeterminación no resulta extraña a las ciencias, como lo muestran el teorema de Gödel en matemáticas y la teoría de Heisenberg en física.
3. El tutorismo ético, que parece oponerse a la extracción de órganos de un muerto cerebral, supone la exclusiva vigencia de las alternativas clásicas, vida o muerte. La ética no valora la vida ni la muerte, sino la acción de matar. En nuestro caso, sin embargo, el dilema epistemológico tiene además la característica de que la

palabra “matar” pierde aquí su sentido unívoco. No se puede juzgar con claridad si el muerto cerebral “muere” por la extracción de los órganos que se desea trasplantar, o porque se cumple con la indicación médica de suspender cualquier tratamiento, que es lo éticamente debido.

Notas bibliográficas:

[1] “At whatever level we *choose* to call death, is an arbitrary decision (...) It is best to choose a level where, although the brain is dead, usefulness of other organs is still present”, según el presidente del Comité Ad hoc de Harvard de 1968, aquí citado según (38), p. 27.

[2] Hans Jonas también ve una puerta abierta al empleo de muertos cerebrales en la investigación médica, por ejemplo en la investigación sobre las infecciones, para la producción de sangre, hormonas, etc. Vid. (23) pp. 136 y ss.

[3] Esto no se refiere solamente a la necesidad de órganos para trasplantes a partir de los muertos cerebrales, y así, recientemente, un equipo de la Universidad de Pittsburgh/Pa. reclamaba en el llamado “Protocolo de Pittsburgh” la extracción de órganos de muertos o enfermos terminales cuya “muerte cardíaca” fuera inminente, así como la inmediata extracción tras la parada cardíaca si hubiese ya comenzado antes la conservación del órgano (9). Vid. *JAMA*, 269, 1993, p. 2769 (aquí citado según el *Frankfurter Allgemeine Zeitung* del 7.7.93).

[4] Si se mantienen distinciones jurídicas entre cadáveres fríos y “calientes” (26), eso pone de manifiesto la inseguridad con la que los juristas declaran muerto al muerto cerebral.

[5] La imagen platónica del carro y el auriga (33: 246 y ss) deviene en el dualismo cartesiano cuerpo-espíritu, en el modelo de interacción mente-cerebro (Eccles) o en la moderna imagen del fantasma en la máquina. Sobre la problemática de la muerte cerebral en este aspecto, vid. (16).

[6] Hay una peculiar agudeza contemporánea en que la madre, aunque muerta según la interpretación de las mujeres políticas, reclama una dignidad personal que no se reconoce al niño, inequívocamente vivo.

[7] No es fácil traducir a la lengua castellana con una sola palabra la expresión griega “entelequia”. En el lenguaje aristotélico significa perfección lograda por un ente que, a su vez y en virtud de ella, es susceptible de nuevos logros. Podría traducirse quizá como relativo acabamiento de lo inacabado, parcial cumplimiento de lo que continúa finalizado o, más sencillamente, realidad, acabamiento, perfección, siempre que se entienda esto en un sentido parcial, transitorio hacia una finalización (*telos*) o plenitud que en la entelequia está realizada sólo de manera incoativa. (N del T).

[8] Entelequia no significa lo mismo que potencia(-lidad) en el sentido de supuestas posibilidades, sino efectiva realidad futura. La expresión de Aristóteles, que designa al alma como primer acto del cuerpo organizado (4: 412 a 27 y ss.), Tomás de Aquino la traduce así: *anima est primus actus corporis physici organici*. Acto y potencia son, para Tomás, opuestos complementarios correspondientes al par aristotélico *energeia-dynamis*. En Aristóteles frecuentemente aparecen como sinónimos *en-tel-echia* (el fin en sí poseído) y *energeia*, designando a menudo el proceso hacia un fin.

[9] “Restheilheit”: así lo formulaba espontáneamente la madre de un niño con parálisis cerebral en un documental televisivo de Silvia Matthies (ARD/BR) el 6.4.93.

[10] En los años 90 Shewmon dio un giro radical, en una serie de estudios sucesivos, hacia una posición opuesta a la de 1985, defendiendo que conviene considerar los muertos cerebrales como pacientes vivos. (N del T).

[11] “Have we reached the point where what we acknowledge as human existence is eliminated when the brain is destroyed but other organs persist? If so, we must accept the corollary of this: The cellular architecture of the brain is the physical representation of the human soul” (44), p. 60.

[12] A los diversos criterios diagnósticos de muerte cerebral (muerte cerebral completa, muerte del tronco cerebral, muerte cortical, coma irreversible, etc.) se añade el hecho de que (47) para el 35% de los neurólogos y de los neurocirujanos en USA (y, según Castillo, J.L. et al., 1991, el 60% en Chile), los criterios para diagnosticar la muerte cerebral no son claros. Cfr. (36), pp. 219 y ss.

[13] Los autores proponen la “solución” de Belzer o de Wisconsin como la más apropiada para la perfusión en frío de los diversos órganos.

[14] Una estrecha lealtad médica al “consentimiento informado” exigiría también reservar el diagnóstico de muerte cerebral a la necrosis total del cerebro.

[15] Resulta contradictorio entender la muerte cerebral completa como condición para la extracción de órganos, particularmente para el trasplante de tejidos cerebrales necesariamente vitales. (N del T).

[16] Para una aclaración más a fondo de las razones por las que me parece legítima la extracción a pesar de la indeterminación, vid. Thomas, H. (2002) “Ética de los Trasplantes”, en González, A.M.; Postigo, E.; Aulestiarte, S. (eds.) *Vivir y morir con dignidad. Temas fundamentales de bioética en una sociedad plural*, Eunsa, Pamplona, pp. 115-146.

Bibliografía

1. Angstwurm, H. (1990) “Der Hirntod. Ein sicheres Todeszeichen”.
2. Aristoteles, *Physik*.
3. Aristoteles, *De partibus animalium*.

4. Aristoteles, *De anima*.
5. Beecher, H.K. (1968) "A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the Definition of Brain Death", *JAMA*, 205: 337-340.
6. Beecher, H.K. (1968) "Ethical Problems created by the hopeless unconscious patient", *N. England J. Med.*, 278: 1425-1430.
7. Beckmann, R. (1992) "Ein berechtigtes Wagnis der Mediziner", *Deutsche Tagespost*, Würzburg, 20.10.92.
8. Beller, F.K.; Reeve, J. (1989) "Brain Life and Brain Death: The Anencephalic as an explanatory Example. A Contribution to Transplantation", *J. Med. Philos.*, 14: 5-23.
9. Belzer, F.O.; Southard, J.H. (1988) "Principles of Solid-Organ Preservation by cold Storage", *Transplantation*, 4: 673-676.
10. Bockamp, C. (1991) "Transplantation von Embryonalgeweben", *Europ. Hochschulschriften*, 23. Frankfurt.
11. Byrne, P.A. (1986) "The Medical Determination of Brain Death", in Santamaría, J.N. et al. (ed.) *Proceedings of the 1984 Conference of Bioethics*, Melbourne, pp. 47-54.
12. Byrne, P.A.; O'reilly, S.; Quay, P.M. (1979) "Brain Death: An Opposing Viewpoint", *JAMA*, 242: 1985-1990.
13. Bundesärztekammer (1982/1986/1991) "Kriterien des Hirntods. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntods", *Deutsches Ärzteblatt*, 79/1982: 45-55.
14. Conference of Royal Colleges and Faculties of the U.K. (1976) "Diagnosis of Brain Death", *Lancet*, 2: 1069-70.
15. Devettere, R.J. (1990) "Neocortical Death and Human Death", *Law. Med. Health Care*, 18: 96-104.
16. Engelhardt, H.T. (1986) *The Foundation of Bioethics*, Oxford Univ. Press, New York/Oxford.
17. Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ), 92-10-20, p. 12: "Amtsgericht ordnet "Betreuung" für hirtote Schwangere".
18. Gervais, K.G. (1987) *Redefining Death*, New Haven.
19. Gillet, G.R. (1990) "Consciousness, the Brain and What Matters", *Bioethics*, 4: 181-198.
20. Hoff, J.; In der Schmitt, J. (1992) "Tot?", *Die Zeit*, 92-11-13, p. 56.
21. Ingvar, D.H. (1986) "The Concept of Death: Comments on an Official Inquiry in Sweden", in Chagas, C. (ed.) *Working Group on the Artificial Prolongation of Life*

and the Determination of the Exact Moment of Death, Pontifical Academy of Science, Vatican City, pp. 65-75.

22. Ingvar, D.H.; Bergentz, S.E. (1992) "Definition of Death and Organ Transplantation. Experiences from Sweden", in White, R.J.; Angstwurm, H.; Carrasco de Paula, I. (ed.) *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death* (10-14 dec. 1989), Pontificia Academia Scientiarum, Vatikanstadt, pp. 63-72.

23. Jonas, H. (1974) "Against the Stream: Comments on the Definition and Redefinition of Death", in *Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, pp. 132-140.

24. Jonas, H. (1987) *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Suhrkamp, Frankfurt.

25. Lamb, D. (1985) *Death, Brain and Ethics*, State Univ. of New York Press, Albany NY.

26. Laufs, A. (1985) "Juristische Probleme des Hirntodes", *Der Nervenarzt*, 56: 399-403.

27. Linke, D.B. (1991) "Hirngewebestransplantation als ethisches Problem", *Ethik Med.*, 3: 59-67.

28. Linke, D.B. (1993) "Hirntod und die Folgen", in Thomas, H. (Hrsg.) *Menschlichkeit der Medizin*, Busse Seewald, Herford, pp. 97-121.

29. Moraczewski, A.S.; Showalter, J.S.: *Determination of Death. Theological, Medical, Ethical and Legal Issues*, St. Louis.

30. Pallis, C. (1983) "Whole Brain Death reconsidered. Physiological Facts and Philosophy", *J. of Med. Ethics*, 9: 32-37.

31. Platón, *Kratylos*.

32. Platón, *Phaidon*.

33. Platón, *Phaidros*.

34. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medical and Behavioral Research (1981) *Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*, U.S. Government Printing Office Washington, pp. 74-76.

35. Sass, H.M. (1989) "Hirntod und Hirnleben", in Sass, H.M. (Hrsg.) *Medizin und Ethik*, Reclam, Stuttgart, pp. 160-181.

36. Seifert, J. (1992) "Is 'Brain Death' actually Death? A Critique of Redefining Man's Death in Terms of 'Brain Death'", in White, R.J.; Angstwurm, H.; Carrasco de Paula, I. (ed.) *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death* (10-14 dec. 1989), Pontificia Academia Scientiarum, Vatikanstadt, pp. 96-143.

37. Shewmon, D.A. (1985) "The Metaphysics of Brain Death, Persistent Vegetative State and Dementia", *The Thomist*, 49: 24-80.
38. Shewmon, D.A. (1985) "'Brain Death': A valid Theme with invalid Variations, blurred by Semantic Ambiguity", in White, R.J.; Angstwurm, H.; Carrasco de Paula, I. (ed.) *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death* (10-14 dec. 1989), Pontificia Academia Scientiarum, Vatikanstadt, pp. 25-51.
39. Shrader, D (1986) "On Dying more than one Death", *Hastings Center Rep.*, 16 (1): 12-17.
40. Singer, P. (1984) *Praktische Ethik*, Reclam, Stuttgart.
41. Thomas von Aquin, *De anima*.
42. Thomas von Aquin, *Summa Theologica*.
43. Thomas von Aquin, *Summa contra gentiles*.
44. White, R.J. (1992) "The Concept of Human Death in Reference to Organ Transplantation", in White, R.J.; Angstwurm, H.; Carrasco de Paula, I. (ed.) *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death* (10-14 dec. 1989), Pontificia Academia Scientiarum, Vatikanstadt, pp. 53-61.
45. White, R.J.; Angstwurm, H.; Carrasco de Paula, I. (ed.) (1992) *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death* (10-14 dec. 1989), Pontificia Academia Scientiarum, Vatikanstadt.
46. Wuermeling, H.B.; Stehle, J. (1992) "Das Kind in der toten Mutter. Ethische und rechtliche Überlegungen zu dem Fall an der Universitätsklinik Erlangen", *F.A.Z.*, 92-10-17.
47. Youngner, S.J. et al. (1989) "'Brain Death' and Organ Retrieval: a cross-sectional Survey of Knowledge and Concepts among Health Professionals", *JAMA*, 261: 2205-2210.

La Asociación Médica Mundial reafirma su oposición a la eutanasia

En su última Asamblea, celebrada en Washington a comienzos de octubre, la Asociación Médica Mundial se ha vuelto a declarar en contra de la eutanasia, por considerar que “vulnera los principios éticos básicos de la profesión médica” Y ha pedido a todos los médicos y asociaciones médicas que no participen en la eutanasia “incluso aunque las leyes nacionales lo permitan”.

La resolución, ratificada por la Asamblea General, se aprobó el año pasado en el Consejo de la Asociación, formada por 18 miembros, que es el órgano que propone las medidas a adoptar por la Asamblea en sus reuniones anuales. El debate fue muy tenso por la posición de Holanda, cuya Asociación Médica fue la única que votó en contra de la resolución. En este sentido, el presidente del Consejo, Ramdoph Smoak, señaló que “está claro que los países del mundo representados en el Consejo se oponen inequívocamente a la eutanasia, con una sola excepción”.

La Asociación Médica Mundial ha aislado a Holanda en el debate sobre la eutanasia. La Asociación holandesa de médicos ha tenido desde los años 80 una posición favorable a su despenalización, siempre bajo ciertas condiciones. Por el contrario, la nueva declaración internacional afirma que la eutanasia debería ser condenada por toda la profesión médica. Además, anima a las asociaciones y a los médicos a no participar en esta práctica, incluso si sus respectivas legislaciones la permiten, en referencia a Holanda, cuyas leyes autorizan la eutanasia. Pese a esto, los médicos holandeses no piensan abandonar la Asociación Médica Mundial, aunque confían en poder proponer un nuevo debate en el futuro sobre un tema tan importante.

LÉXICO BÁSICO SOBRE LA EUTANASIA

Distanasia: es la muerte en malas condiciones, con dolor, molestias, sufrimiento... Sería la muerte con un mal tratamiento del dolor, o la asociada al encarnizamiento terapéutico.

Encarnizamiento terapéutico (también obstinación o ensañamiento terapéuticos): es la aplicación de tratamientos inútiles; o, si son útiles, desproporcionadamente molestos o caros para el resultado que se espera de ellos.

Enfermo desahuciado: el que padece una enfermedad para la que no existe un tratamiento curativo y que es mortal, aunque no necesariamente a corto plazo.

Enfermo terminal: el que padece una enfermedad irrecuperable, previsiblemente mortal a corto plazo: en torno a dos semanas o un mes, a lo sumo.

Eutanasia activa: es la eutanasia que mediante una acción positiva provoca la muerte del paciente.

Eutanasia directa: es lo que entendemos comúnmente por eutanasia; es decir, la muerte intencionada del enfermo a cargo del médico, por compasión. Puede ser activa o pasiva.

Eutanasia indirecta: en realidad no existe la eutanasia indirecta; pues no hay eutanasia sin intención de provocar la muerte. Sería para algunos —que confunden a otros con esta expresión— la muerte no buscada del paciente en el curso de un correcto tratamiento tratamiento paliativo, por ejemplo contra el dolor.

Eutanasia involuntaria: practicada sin el consentimiento del paciente.

Eutanasia pasiva: es la eutanasia por dejar morir intencionadamente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos que son necesarios y razonables. Esta expresión —eutanasia pasiva— se utiliza en ocasiones indebidamente para referirse, en una buena práctica médica, a la omisión de tratamientos desproporcionados que son contraproducentes, indeseables o muy costosos. No se debe hablar de ningún tipo de eutanasia en esos casos, puesto que

fomenta la ambigüedad y contribuye a difuminar los límites entre el correcto ejercicio de la medicina y la eutanasia. Es lo que intentan los partidarios de esta práctica. Conviene, sin embargo, mantener la expresión y el concepto específicos de **eutanasia pasiva**, pues, en ocasiones, se acaba así con la vida del paciente, por indicación médica: negándole cuidados que son necesarios y razonables.

Eutanasia voluntaria: la que se lleva a cabo con consentimiento del paciente.

Eutanasia: es la acción u omisión por parte del médico con intención provocar la muerte del paciente por compasión.

Muerte digna: es la muerte con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles. También se denomina ortotanasia. Pretenden algunos identificarla con la muerte “a petición”, provocada por el médico, cuando la vida ya no puede ofrecer un mínimo de confort que sería imprescindible; sería para éstos la muerte provocada por eutanasia.

Ortotanasia: es la muerte en buenas condiciones, con las molestias aliviadas.

Sedación terminal: es la correcta práctica médica de inducir el sueño del paciente, para que no sienta dolor, en los ya muy raros casos de dolores rebeldes a todo tratamiento. Una sedación suave acompañando a los analgésicos, que los potencia manteniendo la conciencia del paciente es muy recomendable.