

Problemas éticos al final de la vida humana Eutanasia y suicidio asistido

José Manuel Caamaño López
Universidad Pontificia Comillas de Madrid
jclopez@teo.upcomillas.es

0. Introducción

Vamos a hablar de una de las cuestiones que –junto al valor del embrión humano y al aborto– constituye uno de los temas más interesantes, debatidos y estelares de esa disciplina conocida con el nombre de Bioética. Por lo tanto conviene recordar, aunque sea muy someramente, qué trata eso de la bioética. V. R. Potter, el considerado como uno de los fundadores de esta disciplina, publicó en el año 1971 una obra titulada *Bioethics: bridge to the future*. Fijémonos bien en el mismo título porque nos da ya la clave para entender la significación de la bioética. Lo que pretendía Potter es establecer un puente entre dos disciplinas que parecían muy distantes, la disciplina de las ciencias biológicas y la disciplina de las humanidades. Diego Gracia, pionero de la reflexión bioética en España (junto a otros como F. Abel o J. Gafo), sintetiza muy bien el sentido de la nueva disciplina cuando dice que de lo que trata es de reflexionar sobre dos mundos distintos, pero interrelacionados entre sí, como son el mundo de los hechos (científicos) y el mundo de los valores. Se trata, por tanto, de tener claros los hechos, los datos, y de tener claros los valores (y principios) para poder determinar cuáles son nuestros deberes, algo fundamental de la ética: ¿qué debemos o qué no debemos hacer?

Es muy importante tener esto en cuenta porque cuando hablamos de eutanasia, por ejemplo, hablamos de problemas que se plantean porque hemos avanzado mucho en el terreno de los hechos, de la ciencia, y ello nos lleva a que surjan nuevos valores y a que estos entren en conflicto. Esto ocurre en muchos ámbitos. Ocurre cuando se trata el problema del aborto, donde puede suceder que el valor de la vida de la madre entre en conflicto con el valor de la vida del feto, y hay que ver a qué valor damos prioridad en un momento determinado porque a lo mejor no podemos realizar todos los valores al mismo tiempo. Es el caso contemplado bajo el supuesto del aborto terapéutico. Pues lo mismo ocurre cuando hablamos de la eutanasia, dado que el valor de la conservación de la vida –que podemos realizar debido al avance en las técnicas de soporte vital, etc.– puede colisionar con otros valores como el económico, la ausencia de sufrimiento, el bienestar, etc.

Por tanto, la primera cuestión que hay que tener en cuenta es que nos enfrentamos a un tema que es problemático, sobre todo, porque

hemos avanzado mucho en terrero de los hechos. Si no tuviéramos respiradores artificiales, nutrición artificial, trasplantes, etc., no tendríamos que discutir acerca de muchas cosas sobre las que estamos discutiendo. Personas que hoy reanimamos artificialmente hace doscientos años probablemente se morirían, al igual que quien se quedara en coma, quien se rompiera la médula, es decir, que las cuestiones referentes al final de la vida son un problema porque los avances técnicos han permitido prolongar la vida hasta extremos no hace mucho impensables y que, además, aún hoy se dan tan sólo en contextos técnicamente avanzados. Es posible que en Burkina Faso la eutanasia o el suicidio asistido no sean un problema porque si, por ejemplo, el caso de Ramón Sanpedro se produce allí, simplemente se moriría, al igual que Inmaculada Etxebarria, K. A. Quinlan, etc.

1. La muerte como problema

Hablamos, por tanto, de problemas al final de la vida, con lo cual hay que tener claros los hechos a los que nos enfrentamos. Y hay un hecho que resulta incuestionable, el hecho de que algún día todos tenemos que morir, de que somos seres mortales. Hay algo que la ciencia no ha conseguido, y es el hacernos inmortales. Puede hacernos más guapos, más altos o incluso hacernos vivir mucho más tiempo, pero lo que no puede es concedernos la inmortalidad. Somos seres para la muerte. Pero con esto se plantea ya un primer problema: ¿cuándo muere una persona?

Se trata de una pregunta fundamental –aunque solo sea por las consecuencias sociales que tiene- y que a veces no es tan fácil responder. ¿Cuándo podemos decir que alguien está muerto? Pues bien, tan sólo hay una manera de saber a ciencia cierta que una persona está muerta, y es el ver cómo su cuerpo se descompone, la descomposición orgánica, celular o la putrefacción. Bien es cierto que a lo largo de los siglos ninguna cultura se ha resignado a ver cómo sus seres queridos se descomponían, entre otras cosas por lo desagradable que resultaría para los sentidos. Por ello se han buscado diversos signos que de algún modo anticiparan que una persona estaba muerta. Y entre estos, el signo clásico o criterio para la determinación de la muerte ha sido el criterio de la parada cardiopulmonar, es decir, la ausencia de respiración y de latido. Pues aún así, tal criterio, que ha sido válido desde tiempos inmemorables, hoy ya no es un criterio aceptado, sino que ahora a pasado a ser el de parada cardiorrespiratoria sin respuesta a maniobras de reanimación, dado que las nuevas técnicas han permitido poder reanimar –que no resucitar- a personas a las que les deja de latir el corazón. Una primera conclusión que se extrae de esto es que tiempo atrás se consideraron como muertas a personas que hoy no consideraríamos así. No resulta extraño, por ello, que en el siglo XVIII autores como Winslow publicaran libros con el título *Sobre la incertidumbre de los signos de la muerte y el peligro de precipitar los enterramientos*, en el cual aparece la conocida frase “muerte cierta, muerte incierta; es completamente cierto que hemos de morir, pero es

incierto saber a veces si alguien está muerto”. Es el momento en el que proliferan los libros de anatomistas sobre los enterrados vivos y es también cuando las legislaciones empiezan a exigir un tiempo precautorio de veinticuatro horas antes de enterrar al cadáver. Hoy ha aparecido además otro nuevo criterio que es el de muerte cerebral o muerte de todo el cerebro, que aún habría que distinguir del criterio de muerte cortical, es decir, de parte del cerebro, que conlleva el problema de si quienes están en estado vegetativo persistente están muertos o no.

Lo que quiere decir esto es que determinar que alguien está muerto o no es algo muy complejo y que puede tener bastantes repercusiones al hablar de la eutanasia. Por ejemplo, a una persona en EVP, ¿se le podrían retirar los cuidados, la alimentación, etc., o no? Pues obviamente depende del criterio de muerte que apliquemos. Es más, una persona que está en muerte cerebral puede no estar en muerte cardiopulmonar y viceversa. De hecho, cuando a alguien se le van a extraer los órganos conviene que su corazón le siga latiendo, con lo cual no es extraño que alguien pregunte: ¿cómo le van a extraer los órganos si le sigue latiendo el corazón.

En definitiva, la muerte, además de un hecho natural, ha sido y es sobre todo un hecho cultural, al igual que los criterios con los cuáles determinamos cuándo alguien está o no muerto. Nos basamos, por tanto, en certezas morales, en aquello que creemos que es lo mejor en determinada situación y momento, de modo que al hablar de la eutanasia, de la limitación del esfuerzo terapéutico, del suicidio asistido, etc., nuestra discusión no puede reducirse a soluciones de tipo técnico y médico, sino que hay otros muchos factores que hay que tener en cuenta de forma que el proceso de muerte se viva lo más humanamente posible.

2. Breve historia de la eutanasia

Es bien sabido que el concepto de eutanasia está formado por dos conceptos griegos (*eu-thanasia*), y cuyo significado literal es “buena muerte”, siendo utilizado desde sus orígenes bajo diferentes formas, como sustantivo, adjetivo, adverbio o incluso como verbo. Lo complicado es determinar con exactitud qué se entendía por buena muerte y la forma de conseguirla.

Es muy probable que el primer autor en utilizar el término en su forma adverbial (*εὐθανάτως*) fuera el poeta cómico griego Cratino en el siglo V a.C. (*Frag.* 454), al menos según la referencia recogida en el *Pollucis onomasticorum*, donde además se contraponen la “eutanasia” de la que hablaba el propio Cratino a la “distanasia” de Herodoto, término que aparece por primera vez también en el siglo V en el *Ión* de Eurípides con el significado de “muerte cruel” (*Ión*, 1047-1053), y sucesivamente en muchos otros autores como en el mismo Herodoto (*Hist* 9, 72), en el Corpus Hipocrático, en Platón (*Resp.* 406b) e incluso en Teofrasto hablando de las plantas y con el sentido de “muerte aflictiva” (*Hist. Plant.* L. III, cap. X, 3), idea repetida en muchos otros autores posteriores y aplicada a otras tantas situaciones distintas. Poco

después, aunque como adjetivo, aparece ya en Menandro el concepto de “*εὐθανάτος*” con el sentido de buena muerte (*Frag.* 23). Incluso en Posidipo (s. III a.C.), y ya como sustantivo (“*εὐθανασίας*”), aparece como lo mejor que se le puede pedir a los dioses, una “muerte dulce” (*Frag.* 19). Incluso hay un autor de especial relevancia en el desarrollo del concepto eutanasia porque constituye una muestra de la ambigüedad y amplitud de su significado entre los autores griegos. Se trata del historiador del siglo III a.C. Polibio, el cual en varios fragmentos de sus historias se refiere a la eutanasia como a una forma noble de morir, digna e incluso valiente.

En los fragmentos morales de Crisipo también aparece la eutanasia como un final de la vida que hace posible la muerte en perfección (*Frag.* 601), una idea muy repetida –en las diversas formas del término– en otros autores griegos como Flavio Josefo (*Ant. Jud.*, 6,3), Aelio Teón (*Progymnasmata*, 110), Clemente de Alejandría (*Stromata* 5, 62, 2-3), Marco Aurelio Antonino (*Ta eis heauton*, 10, 36), o incluso aún en el siglo I d.C. por Filón de Alejandría, que la señala como uno de los más grandes bienes del hombre. También en la versión bíblica de los LXX (donde constituye un *hapax legomenon*) aparece el término como forma verbal en infinitivo presente activo (2 Mac 6, 28: *ἀπευθανατίζειν*) y con el sentido de “muerte noble”, en referencia a Eleazar, lo que constituye un ejemplo a seguir para los jóvenes que mueren como él, texto que citará Orígenes en su *Exhortación al martirio* (cap. 22) para referirse al testimonio que dan de su fe los que mueren noblemente.

Ciertamente, como vemos, el término aparece en muchos autores griegos, pero también en algunos latinos, que recogen y transcriben directamente la forma griega, con lo cual no existe ningún paralelismo latino que de algún modo traduzca la forma original. Ese es el caso de Cicerón en una de las cartas a Ático donde recoge una frase que éste le había escrito con anterioridad: “*Bene igitur tu, qui εὐθανασίαν, bene! Delinque patriam*” (“¡Bien, pues, tú, que eliges la eutanasia!, ¡bien!, ¡abandona la patria!”). Al igual que para algunos de los autores anteriores, para Cicerón la eutanasia tiene el sentido de muerte noble y sin cobardía, con lo cual vemos la dificultad de precisar con exactitud el sentido primigenio del término. Aún habrá que esperar a Suetonio para determinar el significado que más ha pervivido de la eutanasia hasta épocas muy recientes. Así, en su *Vida de los doce césares* (escrito entre el 119-123 d.C.) y narrando la muerte de Augusto, Suetonio dirá que “alcanzó así una muerte dulce y a la medida de sus deseos, pues casi siempre, cuando oía que alguien había muerto rápidamente y sin dolor, pedía para él y para los suyos una similar *εὐθανασία* (esta era, en efecto, la palabra que solía emplear)”. Por tanto, claramente Suetonio entiende por eutanasia una muerte rápida y sin dolor, cosa que ya empieza a concretar bastante el sentido del término entre los primeros autores que lo utilizaron.

Como vemos, la eutanasia aparece con relativa frecuencia en muchos autores como una de las cosas que todo ser humano desea. Todos quieren una buena muerte. La dificultad estriba en determinar qué es eso de buena muerte o, dicho de otro modo, cuándo entendían

estos autores que alguien podía tener una tal eutanasia. Pues bien, Thomas Potthoff ha intentado sintetizar el significado de la eutanasia en la antigüedad en cinco sentidos básicos: 1) Como una muerte oportuna, es decir, en su momento; 2) Como una muerte después de una vida individual plena o bien realizada; 3) Como una muerte recta o digna en cuanto asumida y serena, es decir, un dejarse morir como algo propio de esta vida (uno de los ideales estoicos); 4) Como una muerte gloriosa u honrosa, tal como la entendía Cicerón y que también aparece en algunos epitafios de guerrilleros caídos por causas nobles; y 5) Como una muerte suave y tranquila, sin sufrimiento, como en la narración de Suetonio.

Esta diversidad de sentidos del término se iría perdiendo en su evolución histórica para referirse de forma casi exclusiva al último de los significados señalados por Potthoff, es decir, al de una muerte tranquila y sin dolor. Además es desde esta perspectiva desde donde puede decirse que, primero los hechiceros o chamanes (con ritos, pócimas, etc.) y luego los propios médicos, hayan realizado siempre prácticas eutanásicas, es decir, que han intentado que sus pacientes alcanzaran la muerte de la manera más plácida posible cuando no había posibilidad de curación.

Ese es el sentido –de muerte tranquila y sin sufrimiento- que aparece en la recuperación del concepto realizada por Francis Bacon en el año 1605 después de varios siglos sin aparecer en ningún autor. Dada la importancia que ha tenido y aún sigue teniendo en la actualidad, reproducimos el texto aparecido en 1623 en la obra *De dignitate et augmentis scientiarum*:

“estimo ser oficio del médico no sólo restaurar la salud, sino también mitigar los dolores y tormentos de las enfermedades: y no sólo cuando esta mitigación del dolor, como de cualquier otro síntoma peligroso, ayuda y conduce a la recuperación, sino también cuando, habiéndose esfumado toda esperanza de recuperación, sirve solo para conseguir una salida de la vida más dulce y plácida. Pues no es pequeña felicidad (que el mismo Cesar Augusto pedía para sí) esta ‘Eutanasia’; esta fue especialmente notada en la muerte de Antonino Pío, que no pareció que se muriera, sino que fue a modo de un adormecimiento dulce y placentero. (...). Pero en nuestros tiempos, los médicos hacen cuestión de escrúpulo y religión el estar junto al paciente cuando ha sido desahuciado; siendo así que, a mi juicio, si no quieren faltar a su oficio e incluso a la humanidad, deben adquirir las habilidades y prestar atención a cómo puede el moribundo dejar la vida más fácil y silenciosamente. A esta parte la llamamos investigación sobre la ‘Eutanasia externa’ (para distinguirla de la Eutanasia que mira a la preparación del alma) y la incluimos entre las cosas deseadas”.

El texto de Bacon es interesante porque además de entender la eutanasia (externa en su caso) como una muerte suave y tranquila, reduce la tarea del médico a procurarla en una situación de terminalidad, es decir, con los pacientes que están desahuciados y sin esperanza de recuperación. Es más, en esa misma obra les critica a los médicos que no se hayan preocupado demasiado de la conservación de la salud y que hayan menospreciado la prolongación de la vida amparándose en la incurabilidad natural de muchas enfermedades. Por tanto, es fundamental caer en la cuenta de que el dato primario en Bacon es que no defendía tanto la eutanasia como acortamiento del

ciclo vital, sino que buscaba poner un extremo cuidado en mantener la salud evitando de este modo sufrimientos en los cuales no hubiese otro remedio de calmar el dolor que provocando la muerte. En cualquier caso, quizá habría que decir que, al menos desde el punto de vista histórico, la eutanasia no se ha referido a ninguna práctica concreta tal como hoy se entiende, sino a un conjunto de circunstancias que hacen posible la humanización del proceso de morir.

3. De la “buena muerte” a la eutanasia como práctica

Obviamente, en un contexto en el cual no hay más que dos alternativas a la hora de morir –o hacerlo rápido y sin dolor, o bien lenta y dolorosamente- es lógico que toda persona eligiera como buena muerte lo primero. Así se entiende que algunas madres ahogaran a sus hijos enfermos en vino para evitarles sufrir, y así se entiende también la existencia en algunos países de la figura del “despenador”. La regla ha sido siempre, desde la medicina hipocrática, la de no aplicar un tratamiento perjudicial para el enfermo o que prolongue su sufrimiento absteniéndose de tratarlo cuando ya estaba vencido por la enfermedad.

El problema se plantea cuando las alternativas se multiplican. Los teólogos de la Escuela de Salamanca muy pronto se dieron cuenta de ello cuando se supo que tomando diversos “medicamentos” o a través de novedosas prácticas, existía la posibilidad de alargar o de acortar la vida. De ahí la distinción que algunos de ellos propusieron entre medios ordinarios y extraordinarios, considerando los primeros como obligatorios y los segundos como opcionales. Bien es cierto que no se trata de una distinción siempre aplicable por ellos al tema de la eutanasia, aunque poco después, y aún hoy, sí se utiliza con frecuencia constituyendo además un fundamento de peso para algunos autores y opciones actuales, sobre todo en la distinción que se ha hecho entre eutanasia activa y pasiva o en la discusión sobre la significación moral de la diferencia entre matar y dejar morir. La pregunta que los teólogos de Salamanca se hacían era la siguiente: el ser humano está obligado a conservar su vida, pero ¿se trata de un deber absoluto, ilimitado y a cualquier precio? Es desde aquí cuando se fueron estableciendo los criterios que determinaban qué medios eran ordinarios y cuales no, considerando como tales los que cumplían los siguientes:

a) “*Spes salutis*”: que tengan esperanza de ayudar a recobrar la salud, es decir, tienen que ofrecer esperanzas de beneficio o curación. De Lugo pone el ejemplo de un hombre condenado a morir en la hoguera: si estando rodeado de llamas, sabe que tiene agua para sofocar algunas pero no todas, ¿le compensa utilizar este medio para sofocar las que pueda y alargar un poco su vida? Él piensa que no, dado que la muerte sería inevitable, de modo que no hay esperanza de un beneficio considerable.

b) “*Media comuna*”: lo que dice es que no hay obligación de usar medios que exceden la solicitud normal por la preservación de la propia vida, es decir, que para que sea obligatorio un tratamiento tiene que formar parte de prácticas comunes en situaciones similares.

c) *“Media facilia”*: pueden exigirse algunos esfuerzos para mantener la vida, pero no algo que no se le podría exigir a la mayoría de las personas. El ejemplo es la amputación de un miembro, que causa dolor, puede realizarse, pero no se está obligado a ello.

d) *“Secundum proportionem status”*: los medios tienen que guardar proporción con el estado de la persona (situación social, económica, estado de vida). No es obligatorio un medio que conlleve un gasto desmesurado para la persona y su familia. De Lugo pone el caso del novicio, que puede volver con su familia para tener más posibilidades y cuidados, pero ello no es obligatorio.

En definitiva, se trata de criterios que vienen a decir que la vida humana es un valor fundante, que merece la pena y es un deber salvaguardar, pero que no es el valor absoluto y que a veces puede entrar en conflicto con otros muchos valores que incluso pueden ser prioritarios.

En relación con esto surge a partir del siglo XVII una nueva distinción atendiendo, sobre todo, a la intención del agente que provoca la muerte de una determinada persona. Así, se va a distinguir entre eutanasia activa (directa e indirecta) y eutanasia pasiva. Es interesante, en este momento, señalar dos cosas interesantes. La primera es la importancia que tiene la “intención del agente”, dado que nos movemos aún en el contexto paternalista que ha regido toda la práctica médica en la historia. Por ello no se discute aún si existe o no consentimiento del enfermo, aunque se supone que se trataría de un consentimiento al menos velado debido a la confianza que el paciente pone en quien le trata. Y por otro lado es interesante observar que poco a poco el concepto mismo de “eutanasia” va perdiendo su significación global de una buena muerte para pasar a entenderse como una determinada práctica concreta sobre el final de la vida de una persona. Se trata ahora ya de una acción médica sobre la vida de alguien para, o bien terminar con su vida y eliminarle el sufrimiento (eutanasia activa directa y que hoy se entiende como “eutanasia” en sentido estricto – incluso podríamos incluir aquí el “suicidio asistido”, en el que la transitividad del acto queda reducido a su mínima expresión y que, no en vano, algunos autores denominan “ayuda a la eutanasia”-), o bien calmarle el dolor produciendo el efecto secundario de adelantarle la muerte (eutanasia activa indirecta o doble efecto y que hoy se refiere a la “sedación terminal”), o bien no proporcionando o interrumpiendo un determinado tratamiento de forma que la muerte es algo inevitable (eutanasia pasiva y que hoy se identifica, con matices, con la llamada “limitación del esfuerzo terapéutico”). Ni que decir tiene que para la moral tradicional, y dejando a un lado la eutanasia activa indirecta (cuya intención es calmar el dolor y casi siempre ha sido aceptada sin graves dificultades), la eutanasia activa directa ha recibido un rechazo frontal, cosa que no ha sucedido con la pasiva, de modo que no ha resultado extraño el inicio de un interesante debate entre las dos vertientes basándose en la distinción conceptual de matar (activa directa) y dejar morir (pasiva), considerando algunos que en muchas ocasiones lo segundo es moralmente más rechazable que lo primero,

debate que, por otro lado y a mi modo de ver, ha desviado el centro de atención a cuestiones secundarias y que no tienen en cuenta otros factores que sí son de una importancia fundamental en la valoración moral de la eutanasia.

4. Los nuevos contextos para pensar la eutanasia

Lo que está claro es que el concepto de eutanasia ya no tiene la significación de un conjunto de factores que hacen posible una buena muerte, sino que pasa a significar sin más una práctica determinada que termina con la vida de una persona para de este modo evitarle sufrimientos que se consideran innecesarios y concederle, por tanto, una muerte rápida y sin dolor.

Pero para pensar la eutanasia hoy aún hay que tener en cuenta otro cúmulo de factores que se vienen produciendo desde hace tiempo y que han explotado durante el siglo XX. Dejamos al margen ya la decisiva influencia que diversas prácticas realizadas durante el nazismo han ejercido en el tema que estamos tratando, prácticas que han hecho ver las graves consecuencias de su mala realización y que nos han llamado la atención sobre la importancia de ser muy cautelosos a la hora de tratar temas tan serios como todos aquellos que afectan a la vida y muerte de los seres humanos.

Pues bien, todo ese cúmulo de factores a los cuales nos referimos tienen que ver con todo aquello que rodea la muerte y a su modo de vivirla, de afrontarla e incluso de aceptarla. La cuestión es, por tanto, la siguiente: ¿qué es lo que ha cambiado en el modo de entender la muerte?

Lo primero que se puede decir es que la forma de vida y, sobre todo, los nuevos avances en medicina, han permitido retrasar la muerte hasta extremos no hace mucho insospechados, al menos en las culturas más técnicamente adelantadas, lugares, por otro lado, en los cuales la eutanasia en sus diferentes formas constituye un problema moral. De hecho, en casi todas esas formas lo que se discute es si aplicar o no un tratamiento, si alimentar o no alimentar artificialmente o si hidratar o no a personas que en otros contextos menos tecnificados simplemente morirían. Hoy se puede posponer la muerte hasta el punto de que cuando alguien se muere hay quien dice que la medicina fracasa. Podemos, en cierto sentido, dominar o controlar nuestra propia muerte, lo que ha generado la mentalidad de querer que se respete que la persona pueda decidir cuándo morir o cuándo no morir, que se considera como una realización de la propia autonomía humana. De ahí el surgimiento también de los testamentos vitales (instrucciones previas, voluntades anticipadas, etc.), donde uno puede expresar cómo desea morir o hasta donde quiere llegar. De hecho, uno de los grandes argumentos a favor de la eutanasia es el del derecho que uno tiene a decidir si morir o no y cuándo.

A esto se une otro elemento de no menor importancia e incluso relacionado con el anterior como es la medicalización del morir y la tabuización de la propia muerte. El historiador francés Philippe Ariès,

en diversas conferencias y artículos recogidos en el libro titulado *Essais sur l'Histoire de la Mort en Occident du Moyen Age à nos jours*, y traducido al español como *Historia de la muerte en occidente*, analiza detenidamente el paso de una “muerte amaestrada” a lo que él denomina “muerte salvaje”, “invertida” o “escamoteada”. Hoy la muerte ya no se ve como algo familiar, inevitable y asumible como parte esencial de la condición humana. A lo largo de la historia las personas se preparaban para ese momento, había que dejar los asuntos solucionados con los demás y con uno mismo para poder tener una buena muerte. Por eso era terrible un fallecimiento repentino y, por lo mismo, se consideraba glorioso el tener signos anticipatorios de que se iba a morir; normalmente el ser humano ya estaba avisado y podía, por eso mismo, llegar a vivir su muerte, como Tristán, que “sintió que se le perdía la vida y comprendió que iba a morir”. Sin embargo hoy la gente muere a hurtadillas. El ideal pasó a ser el de una muerte súbita, sin darse cuenta, rápida y en silencio. Es más, asusta la muerte hasta el punto de que “la verdad empieza a ser un problema”, el enfermo nunca debe enterarse de que se le acerca su fin: “al menos tengo la satisfacción de que él o ella nunca se sintió morir”, se dice tantas veces. Este “no sentirse morir” ha sustituido al “sintiendo cercana su muerte” de siglos atrás, de forma que la muerte de antaño ha pasado de ser una tragedia a menudo cómica –y en la cual el protagonista representaba el papel del que se va a morir-, a ser una comedia siempre dramática que consiste en la ignorancia de un morirse pronto (Ariès). El duelo se vuelve innecesario y la muerte se oculta, hasta el punto de que pocas personas, y sobre todos niños, se acercan para tocar o besar a un muerto. Dice Ariès: “hoy en día, a los niños se les inicia desde la más tierna infancia en la fisiología del amor y del nacimiento, pero, cuando dejan de ver a su abuelo y preguntan la causa, en Francia se les responde que se ha ido de viaje muy lejos, y en Inglaterra que está descansando en un bello jardín en el que crece la madreselva. Ya no son los niños los que vienen de la cigüeña, sino los muertos los que desaparecen entre las flores”. Es más, hoy ya casi nadie se muere en casa, sino que se muere en el hospital, rodeados de instrumental y personas desconocidas: “Doctor, cuando sea avísenos y mandaremos la funeraria”, dicen muchos. Y de ahí al tanatorio. La muerte se ha vuelto institucionalizada de forma que no es extraño que, más que la propia muerte, lo que aterrorice sea el “proceso de morir”.

Así las cosas -con el poder que el ser humano tiene de controlar la muerte por un lado, y el miedo que otros tienen al proceso del morir por el otro-, no es extraño que surjan distintas actitudes y posturas radicales que confluyen en la discusión sobre el problema de la eutanasia, tanto las vitalistas o *pro-life* de vivir a cualquier precio bajo el signo, muchas veces, del imperativo tecnológico, como las autonomistas o *pro-choice* del libre ejercicio de la autonomía para decidir sobre la propia muerte, que algunos ven ya como un derecho de la propia persona. La vida ya no se ve tan solo en términos de cantidad sino también de calidad. La cuestión, por tanto, es la siguiente: ¿existe una

posibilidad ética de dar una respuesta positiva a quien desee morir y pide ayuda para ello? Es más, ¿existe un derecho a la muerte?

5. Los problemas fundamentales del morir

Como dijimos anteriormente, la muerte es el final de la evolución de los seres humanos y de su paso a través de la vida humana. Diego Gracia lo ha sintetizado de una forma muy clara. En este final de la vida hay dos vías básicas para salir de ella: la vía de las “enfermedades agudas”, y la vía de las “enfermedades crónicas”.

Las primeras son las de rápida instauración y rápido final, se caracterizan por ser súbitas (el infarto de miocardio, p. e.). Las enfermedades agudas colocan al ser humano en una situación que se llama crítica porque se puede morir y su manejo se hace con un tipo de medicina que se llama crítica o cuidados intensivos, que lo que hacen es utilizar las técnicas de soporte vital, técnicas que consiguen controlar las funciones vitales, de modo que si no se utilizaran el enfermo simplemente se moriría.

Las segundas son las enfermedades que se llaman crónicas, enfermedades de lenta instauración y de lento final (los problemas oncológicos no agudos, p. e.). Su final no se llama situación crítica sino terminal, para cuyo manejo hay otro tipo de medicina que es la medicina paliativa o los cuidados paliativos.

Pues prácticamente todos los problemas éticos relacionados con el final de la vida, o son problemas relacionados con el manejo de las técnicas de soporte vital y se plantean en las unidades de cuidados intensivos, o son problemas relacionados con el control de síntomas (y todo lo relacionado con ello) y se dan en las unidades de cuidados paliativos o en personas que están en fase terminal. Esos problemas son distintos, dado que, por ejemplo, en las técnicas de cuidados intensivos se utilizan unas máquinas que son las de soporte vital, como una máquina que respira por el enfermo, la diálisis peritoneal que purifica la sangre por el paciente, la alimentación de diversos tipos, etc., pudiendo suplir casi todas las funciones menos una, la función encefálica, mientras que en los cuidados paliativos se utilizan diversas técnicas relacionadas, sobre todo, con el control del dolor.

El problema fundamental en las enfermedades agudas es la “limitación del esfuerzo terapéutico”, hasta dónde hay que estar reanimando, oxigenando o alimentando a un paciente, dado que para mucha gente las obligaciones morales no son las mismas con una persona que está en fase terminal como con otra que no lo está, ni con una en muerte encefálica como con otra que no lo está, e incluso con frecuencia se pueden producir conflictos de valores (incluso en caso de una donación para un trasplante). Las cuestiones son: ¿hay que dar la respiración cueste lo que cueste, sea o no sea útil? ¿Puede ser la relación beneficio-perjuicio un indicador cuando en estas situaciones el beneficio suele ser muy bajo y el perjuicio no tan bajo?

Pues bien, se pueden señalar distintas soluciones que se han dado para intentar resolver la cuestión de cuándo retirar o no ese

tratamiento. Una primera sería la que dice que se puede limitar siempre y cuando los propios pacientes dicen que se limite. Es el argumento de la autonomía y que afirma que la vida es un valor, pero no un valor absoluto, sino que puede entrar en conflicto con otros como la libertad, la justicia, etc., que en ese momento priman sobre la propia vida. Por ejemplo, un testigo de Jehová, cuando no acepta las transfusiones de sangre, ¿tiene necesariamente que anteponer la vida a sus creencias religiosas? Lo que se quiere decir es que puede ser el propio paciente quien decida que se limite según los criterios establecidos (con competencia, con conciencia actual o a través de las directrices anticipadas,...).

Una segunda solución para la limitación, de tipo estrictamente médico, es la que dice que un médico nunca puede poner un tratamiento que esté claramente contraindicado aunque lo quiera el paciente, es decir, no puede poner aquel tratamiento que produce más perjuicio que beneficio porque se le está haciendo mal. Es el principio de no maleficencia, pero de difícil aplicación, dado que plantea la cuestión de cuándo se le está haciendo mal al enfermo. Con todo, es un criterio a tener en cuenta para evitar los excesos del llamado encarnizamiento terapéutico (tiene otros muchos nombre como ensañamiento, obcecación, distanasia, etc.).

Y otro tipo de solución para limitar el esfuerzo terapéutico es la basada en las necesidades sociales. Todos estos procedimiento suelen costar mucho dinero, y la sociedad tiene o no tiene ese dinero. Recordemos que en sociedades técnicamente menos avanzadas probablemente no se discutiría este problema. Es más, el dinero que una sociedad puede tener debe distribuirlo justamente y de forma equitativa, de lo cual se concluye que habrá prestaciones sanitarias que se darán hasta un cierto nivel, pero que luego ya no se podrán dar más. En tal caso habrá que ver el conjunto de la situación del enfermo dado que, en ocasiones, queriendo salvar su vida, estamos deshumanizando su proceso de muerte. De ahí la importancia de la distinción que el Magisterio de la Iglesia Católica ha hecho entre medios proporcionados y desproporcionados, considerando que los segundos pueden ser moralmente rechazables dado que impiden realmente un “morir en paz”.

La otra vía es la de los enfermos crónicos o la de los “cuidados paliativos”, vidas que terminan poco a poco, que se van disolviendo lentamente. Es la fase terminal de una enfermedad en la cual la medicina ya no es capaz de curar, de modo que se ha producido la entrada en el camino que va a conducir en un corto periodo de tiempo a la muerte. Por tanto, de lo que se trata aquí es de conseguir que se viva ese período con la máxima calidad de vida. Y esto se hace con los cuidados paliativos. Pues bien, toda la medicina de los cuidados paliativos se centra en tres puntos fundamentales:

El primero de ellos es el de la información abierta, que no se produzca la conjura del silencio que se da en ocasiones y no solo debido al personal sanitario sino también a la presión familiar. El enfermo debe saber, si así lo desea, su situación, poder vivir su muerte.

El segundo punto es el apoyo emocional, en el cual tienen una gran tarea el personal sanitario, la familia, pero también los pastores. Es bien sabido que las personas que dicen “quiero morir”, realmente lo que quieren decir es “quiero vivir de otra manera” de modo que si no se les concede esta otra manera de vivir es lógico que quieran morir. Esto es muy importante porque es muy fácil que cuando alguien pide la eutanasia se haga una ley para despenalizarla y ya está, eutanasia para todo el que la pida. Pero hay que darse cuenta de que en el fondo hay algo quizá más importante, y es una auténtica crítica a todo el sistema, sobre todo el sanitario, cosa de la cual parece que nadie quiere darse cuenta. Los enfermos quieren atención, quieren que se les trate bien, y cuando el sistema no cumple con ellos, la salida va a ser la petición de eutanasia.

Y el último punto importante, que se ha convertido en objeto de multitud de debates, es el control de los síntomas (del dolor, por ejemplo), cosa que la medicina nunca ha hecho demasiado bien. ¿Por qué? Pues se pueden señalar varios motivos que se reducen a uno donde confluyen todos: el miedo. Pero, ¿miedo a qué? Pues el miedo fundamental ha sido el siguiente. A los médicos se les enseña que el dolor es un auténtico avisador del estado biológico del paciente, de la evolución de su enfermedad, por lo cual si se calma el dolor, esa luz que se enciende cuando las cosas van mal no se va a encender, y esto al médico puede despistarle. Por eso el médico siempre ha querido que aparezca el dolor cuando tenga que aparecer, es bueno para poder ver la evolución del paciente. El problema es que, siendo un gran indicador, cuando alguien está en fase terminal es una obligación moral el calmar su dolor. Se trata de algo aceptado también de forma clara por el mismo Magisterio Católico y que tiene que ver con la llamada “sedación terminal” (cf. *Declaración iura et bona*, p. e.). Es un término reciente, que apareció por primera vez en el 92, por lo que es un procedimiento que no conocemos demasiado pero que funciona bien. Es el procedimiento último para el control de síntomas refractarios a cualquier otro tratamiento. La sedación es absolutamente necesaria para conseguir una buena calidad en las fases finales de la vida de muchos pacientes. No podemos obligar a nadie a sufrir por muy meritorio que sea para algunos. Ciertamente es que hay que utilizarla bien, dado que en España se ha producido una cierta demonización de esta práctica desde el caso de Leganés, lo peor que podría suceder. Pero la sedación es adecuada si se sabe manejar, siempre que se utilice para controlar síntomas refractarios a otros procedimientos que no acortan la vida tanto como la sedación terminal. Pero si los síntomas son refractarios la sedación es el procedimiento.

6. Conclusiones: eutanasia y suicidio asistido

Hemos hablado de los problemas fundamentales que se dan al final de la vida y que, de algún modo, tienen relación con la eutanasia. Pero, ¿qué pasa con el suicidio asistido y la eutanasia en sentido estricto? Pues probablemente son los casos más discutidos, más

problemáticos a la hora de realizar una valoración moral, pero son casos marginales o, mejor dicho, muy excepcionales. Ambas prácticas, aunque hay leyes que las permiten y otras que las despenalizan, han recibido el rechazo absoluto de la Iglesia Católica porque considera que es renunciar a la propia vida y, por consiguiente, también al ejercicio de la verdadera autonomía, dado que si no hay vida no habrá ningún otro valor que se pueda realizar. Lo que se acepta es el derecho a morir, pero no a procurarse la muerte. Es más, se acepta el derecho a morir en paz, en serenidad y sin sufrimientos, utilizando para ello las posibilidades a nuestro alcance sin que tengamos la necesidad de procurarnos directamente la muerte.

En definitiva, es muy probable que si los cuidados paliativos y la sedación terminal se manejaran bien, tanto la eutanasia como el suicidio asistido, quedarían relegados a lo que son y deben ser, procedimientos marginales y excepcionales. Y es que podemos legalizar la eutanasia, o podemos criminalizarla totalmente, pero lo esencial es promover el respeto a todos los valores que entran en conflicto, sobre todo el valor de la vida intentando por todos los medios a nuestro alcance dignificarla en su fase final. Es posible que aún con extremo cuidado, con el manejo de las técnicas de control del dolor y aún con toda la tecnología a nuestro alcance, se produzca un pequeño porcentaje de pacientes que no vamos a poder controlar bien con nada, sobre todo en aquellos procesos que se deben a alteraciones neurológicas y, sobre todo, medulares, como es el caso, por ejemplo, de Ramón Sampredo. No se acabarán del todo los problemas manejando bien los cuidados paliativos o la sedación terminal, pero sí se van a reducir a un mínimo que siempre habrá, en el cual surge el problema, no ya de la eutanasia, sino incluso el del suicidio asistido. Es una solución desesperada a una solución que nadie ha sido capaz de manejar mejor y que va a ser difícil contener a quienes lo hagan. Lo importante es dignificar el proceso del morir, procurar que los cuentos vuelvan a empezar “sintiendo que se le acercaba la muerte...”, sobre todo cuando, al menos desde un punto de vista cristiano, esa muerte no es más que el fin de un modo de ser y que, el cualquiera de los casos, jamás tendrá la última de las palabras.

Bibliografía básica

- J. GAFO, *Bioética teológica*, Desclée de Brouwer-Upco, Bilbao 2003.
J. GAFO, *Diez palabras clave en bioética*, Verbo Divino, Pamplona 2000.
D. GRACIA, *Ética de los confines de la vida*, El Búho, Colombia 1998.
D. GRACIA, *Bioética de los confines de la vida*, en *Encrucillada* 146 (2006).
J.-R. FLECHA, *Bioética. La fuente de la vida*, Sígueme, Salamanca 2005.
P. ARIÈS, *Historia de la muerte en Occidente*, Acantilado, Barcelona 2000.