

La eutanasia y la ética del bienmorir

Dr. Javier Gafo S.J.

Palabras clave:

Eutanasia.
Ética médica.

Dr. Javier Gafo: Sacerdote jesuita. Doctor en Moral y Licenciado en Biología. Director de la Cátedra de Bioética, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.

Vamos a tratar uno de los temas que acá —como en otros países— es candente. Se está hablando de una legalización de la eutanasia en diferentes países. Probablemente el país que está más cerca de una legalización de la práctica de la eutanasia, en las condiciones que más abajo diré, es Holanda, donde habría hasta una mayoría parlamentaria dispuesta a aprobar una legislación que admite una auténtica eutanasia, aunque su actual gobierno no está mostrando resistencia y miedo a dar este paso. La palabra eutanasia es muy ambigua; por ejemplo, los resultados de las encuestas que se suelen realizar entre personal de la salud, médicos, enfermeras o entre la población general respecto a su opinión acerca de la eutanasia —además de los márgenes de duda que siempre dejan todas las encuestas— indican precisamente la gran ambigüedad que tiene este concepto.

He seleccionado una serie de casos recientes en torno a los cuales se ha utilizado la palabra eutanasia. Lógicamente, todos tienen un fondo común, pero me parece que es importante subrayar las importantes discrepancias que se dan en torno a este concepto.

Caso Karen Quinlan

El primer caso se refiere a una situación que probablemente ha sido la que más ha tenido que ver con la eutanasia. Es el caso de Karen Quinlan, una muchacha joven norteamericana quien parece ingirió simultáneamente alcohol y barbitúricos en dosis importantes. En cualquier caso esta muchacha entra en un estado de coma, de inconsciencia. El pronóstico médico es que estaba destinada a un estado vegetativo. La conectan a un respirador. Aproximadamente a los cinco meses, los padres, que eran católicos practicantes —padres adoptivos—, asesorados por un sacerdote católico, piden a la dirección del hospital que le desconecten el respirador. La dirección se negó, no tanto por razones éticas, sino por las implicaciones legales o penales en que podrían incurrir. Los padres llevan el asunto a los tribunales, que

en primera instancia dan la razón a la dirección del hospital. Los padres recurren al Tribunal Supremo del Estado de New Jersey, que en una sentencia —que ha sido calificada como histórica— reconoció el derecho de Karen Quinlan de morir en paz y con dignidad. Como se recordará, cuando le desconectaron el respirador, la joven, sorprendentemente, continuó viviendo. Periódicamente aparecen noticias sobre ella: pesa 30 kg, está totalmente inconsciente y en una posición fetal. La situación se prolonga y 10 años después, en 1985, fallece Karen Quinlan. Este es un caso muy significativo en torno al cual se ha usado la palabra eutanasia.

Caso Paul Brophy

Un segundo caso que también se sitúa en EE.UU. es el de un bombero de profesión: Paul Brophy. El había manifestado varias veces —en clima familiar y de amistad— que si alguna vez tenía que estar en estado de inconsciencia, no lo dejaran seguir viviendo. Gráficamente había dicho: «Prefiero que me peguen un tiro». Sufre entonces un grave accidente cerebral (creo que era un aneurisma), entra en una situación de inconsciencia y se le empieza a alimentar artificialmente. La situación se va prolongando y su mujer —basándose en la opinión que su marido había expresado en épocas anteriores— solicita a la dirección del hospital que se le corte la alimentación artificial. Entramos en un nuevo proceso y los jueces dan la razón a la decisión de la mujer. Se suprime la alimentación artificial y muere en torno a una semana después. Sería un segundo caso significativo en torno al cual se usa la palabra eutanasia.

Caso Arthur Koestler

El tercer caso sería el del escritor Arthur Koestler que se había destacado mucho en asociaciones en favor de la eutanasia, como «Exit». El escribió un pequeño libro que se titulaba: «Guía para la autoliberación» en el que defendía la eutanasia e incluso daba una serie de consejos eutanásicos prácticos. La historia cuenta que una mañana la asistente entró a su habitación y lo encontró plácidamente muerto —«eutanatizado»— junto a su mujer. El mismo había aplicado uno de los consejos de su libro,

Conferencia realizada en el Servicio de Bioética de la Universidad Católica. Montevideo, junio de 1989.

ingiriendo barbitúricos junto con la bebida preferida. Con un talante muy «inglés», avisó al lechero que no le traeran la botella de leche al día siguiente y había sacrificado a su perro el día anterior. Es otro caso en el que se habla de eutanasia, y se trataba de una personalidad que había ocupado cargos importantes en una asociación en pro de la eutanasia.

Caso Baby Doe

Un cuarto caso (y volvemos a los EE.UU.) es el de Baby Doe. Un niño mongólico (con Síndrome de Down), que en el momento del nacimiento tiene una fistula traqueo-esofágica que hace necesaria una intervención quirúrgica. Los padres reciben diferentes informaciones de la dirección del hospital y deciden finalmente que no se haga la operación y se deje morir al niño. Los mismos jueces favorecen la opinión. El Tribunal Supremo del Estado de Indiana no interviene en el asunto después de un debate polémico. El caso se hace público y hay un movimiento muy importante de solidaridad con Baby Doe. Hasta diez matrimonios se ofrecen a quedarse con el niño. Llevan el asunto al Tribunal Supremo de los EEUU, pero antes de que este se pronuncie, el niño fallece. Es otro caso en torno al cual se ha usado la palabra eutanasia.

Caso Ingrid Frank

No hace mucho, la revista *Newsweek* dedicaba su portada, la *cover story* al tema de la eutanasia con la foto de una muchacha alemana: Ingrid Frank, que aparecía sорbiendo agua de un vaso con una paja. La historia de esta muchacha es que quedó tetrapléjica durante un accidente de tránsito. Durante dos a tres años intentó rehabilitar su vida en su nueva situación, pero llega un momento en que decide no seguir luchando. Pide insistentemente que se le permita morir, y finalmente, con ayuda médica, se le proporciona una solución de cianuro (que es lo que tenía en el vaso). El tema fue tremadamente dramático. Ha habido una gran cantidad de información sobre este asunto en Alemania, porque ella grabó una cinta magnetofónica inmediatamente antes de aplicarse por sí misma la eutanasia. E incluso grabó una película de video en la cual ella misma mira la cámara de video antes de empezar a sorber (con dificultad), la solución de cianuro. Otro caso más de eutanasia.

Caso Michaela Roeder

Y finalmente, el caso más actual, del que más se ha escrito en los últimos meses, en el que se suman dos situaciones distintas. Por una parte, el caso de una enfermera alemana en una clínica de Wuppertal, Michaela Roeder (la llamada Angel de la Muerte). El calificativo de «ángel de la muerte» se le dio jocosamente entre sus compañeros y amigos del hospital, porque atribuían a la mala suerte que se le murieran más enfermos que lo normal. Hasta que finalmente se descubrió que no solamente era mala suerte sino que estaba aplicando medicación para terminar con sus vidas sin contar con su opinión. Caso que ha sido superacentrado y que creo que está en la mente de todos, por el dramático suceso acaecido en el Hospital Lainz de Viena, donde en contra de lo que por lo menos la prensa española ha dicho, facilitaron la eutanasia a un número de pacientes que llega casi a doscientos. Lo hicieron por razones que iban

(según la opinión que ha sido reflejada por la prensa) desde sentir lástima de la situación de estas personas mayores, hasta querer librarse de ellas porque les resultaban molestas.

Para todas estas situaciones, que creo que son representativas de la mayoría de la problemática de la eutanasia, se ha utilizado el término «eutanasia». Intentando percibir lo característico, vemos que hay elementos en común en todos ellos: una abreviación de la vida o la búsqueda de la muerte.

En el caso de Karen Quinlan lo que se plantea es hasta qué punto se pueden seguir aplicando medidas extraordinarias.

El caso de Arthur Koestler lo he citado porque creo que es expresivo de situaciones donde no es fácil decir si estamos ante una mera eutanasia o ante un suicidio. Creo que ya lo he dicho antes, no sólo se suicidó Koestler sino su mujer. Koestler lo hizo ante un diagnóstico de leucemia, que no tenía pronóstico fatal inmediato (también padecía de Parkinson). Su mujer sufría depresión, y si no fuera por todo este contexto su conducta hubiera sido calificada de suicida. En el caso de Koestler se puede discutir si es suicidio o eutanasia, dado que no está en una situación de proximidad a la muerte.

El caso de Baby Doe es representativo de la gran problemática que se está planteando como consecuencia del desarrollo de la neonatología, que hace posible hoy en día que se salven vidas que en el pasado no se podían salvar. Aquí hay un problema muy serio.

El caso de la muchacha tetrapléjica alemana Ingrid Frank sería representativo de la intervención de médicos para administrar al paciente que desea él mismo quitarse la vida, un fármaco que tenga ese efecto.

Y finalmente, el último caso, el de la llamada Angel de la Muerte o de las auxiliares de enfermería del hospital de Viena, sería representativo de la eutanasia impuesta al enfermo en contra o al margen de su posible voluntad, con la marcada diferencia respecto al caso anterior donde existía una voluntad por parte de la persona afectada de que se le administre un fármaco para quitarse la vida. Me parece que este punto es sumamente importante para situar el tema y para dar valoraciones distintas a distintas situaciones, si es que hay que darlas, que es mi opinión.

1. Evolución histórica del concepto y realidad de la eutanasia

La palabra eutanasia es, como saben, una palabra de origen griego. Etimológicamente significa buena muerte.

Cuando en la antigüedad grecorromana se usaba, en los textos que se conocen —que no son muchos—, se le daba un sentido etimológico, es decir, no significaba la acción de acelerar el proceso de muerte, sino que tenía el significado de una muerte tranquila, en paz, sin dolores. Hay un testimonio bonito del historiador Suetonio, que al describir la muerte del emperador César Augusto dijo que tuvo la eutanasia que siempre había deseado, es decir, una muerte tranquila y en paz, sin dolores. Sin embargo la realidad de la eutanasia existe en el mundo grecorromano. De tal manera que una corriente filosófica de tanta importancia que va a influir mucho sobre el cristianismo,

que es el estoicismo, legitima la eutanasia. Y considera el sabio estoico cómo cuando la enfermedad es irreversible y le provoca dolores insufribles, debe asumir su propia muerte. De manera que aunque no utiliza el estoicismo la palabra eutanasia, sí va a utilizar el concepto de eutanasia. Como vemos, la eutanasia es practicada no sólo en pueblos primitivos, sino en el mundo grecorromano. En él es significativo el Juramento de Hipócrates que en la interpretación más usual excluye la eutanasia. (No es claro, pero es importante subrayar que el Juramento de Hipócrates —que ha tenido tanta importancia en la práctica médica a lo largo de los siglos—, se considera que no es representativo de la forma de practicar y entender la medicina en el mundo griego, sino de la forma de entender la medicina en un círculo concreto, marginal, que es el Pitagórico. De todas formas el gran influjo que va a tener el Juramento de Hipócrates en sus versiones ya cristianizadas desde la Edad Media, va a ser extraordinariamente importante.)

El mundo cristiano no conoce la palabra eutanasia ni la realidad de la eutanasia. La Biblia no aborda de ninguna manera este tema. Y ya en los primeros escritores cristianos hay referencias de oposición a esta práctica, asumida por el pensamiento estoico. Podríamos decir que en el mundo occidental el tema desaparece durante la Edad Media, y vuelve a reaparecer en ese momento de reencuentro con la cultura grecorromana que es el Renacimiento.

En el Renacimiento hay dos figuras muy significativas. Por una parte Francis Bacon, porque a partir de él la palabra eutanasia comienza a tener el sentido actual, el sentido de proceso de aceleración de la muerte de un paciente. Y es interesante también —y paradójico— que un santo canonizado por la Iglesia Católica, Santo Tomás Moro, en su famoso libro *Utopía*, admite la práctica de la eutanasia. En cualquier caso esto no tiene relevancia y hay que esperar ya al siglo XIX para que se empiece a hablar de la eutanasia.

En el siglo XX, un dato significativo —sobre el que está subrayándose mucho últimamente— es que la medicina y el derecho en la República de Weimar (en Alemania), ya previamente al nazismo, va a comenzar a difundir la eutanasia y comienza a haber muchas obras muy importantes al respecto; va a iniciarse en los hospitales alemanes una praxis solapada de eutanasia. Hoy se está insistiendo en contra de lo que yo por lo menos he pensado siempre: en que en la gran página negra de la eutanasia nazi todo había nacido como generación espontánea, que el gran error de la República de Weimar fue pensar que era posible un «pequeño matar controlado» sin pasar a un «*more killing*» descontrolado, que es lo que aconteció en todo aquel cúmulo de atrocidades que marcaron aquella época histórica. Con la ley de Higiene Racial nazi, comienza a aplicarse la eutanasia especialmente a niños con anomalías y malformaciones, y también a adultos con problemas físicos o psíquicos. Algun autor ha llegado a dar la cifra difícil de precisar: de hasta 150.000 personas eutanatizadas —valga la expresión— en esa época. De tal manera —no se trata de hacer un estudio histórico—, desde los nazis pesa sobre la palabra eutanasia un hecho horrendo. (Es curioso, cuando se da el nacimiento de aquellos niños con importantes malformaciones como

consecuencia que sus madres habían tomado la Talidomida, hay un proceso en Lieja contra un matrimonio que asfixió a una recién nacida porque era portadora de las típicas malformaciones de la Talidomida. El abogado defensor de este matrimonio continuamente intenta subrayar que lo que estaba en juego no era un proceso a la eutanasia sino la búsqueda de una sentencia benéfica para un matrimonio que en una situación tan dramática había realizado tal acción.)

2. Precisión terminológica

De todas formas, han proliferado las asociaciones en pro de la eutanasia. Es preciso, pues, hacer una serie de precisiones conceptuales. Creo que está claro en la mente de todos lo que es la eutanasia. Sería la acción realizada con el propósito de poner término o de acelerar la muerte de un enfermo próximo al fallecimiento, un paciente terminal. La moral clásica siempre ha distinguido entre la eutanasia pasiva y la activa. Lo característico de la eutanasia activa es que se pone una acción que positivamente provoca la muerte de un paciente terminal. Mientras que lo característico de la eutanasia pasiva sería la omisión, es decir, la no puesta de ninguna acción que pudiera prolongar la vida del paciente próximo a la muerte. Para complicar más las cosas, dentro de la eutanasia activa —es decir, de la acción que pone término, que acelera la muerte—, se ha distinguido —creo con fundamento— entre la eutanasia directa e indirecta. La eutanasia activa directa sería la acción que pretende únicamente poner término a la vida del paciente. Mientras que la eutanasia activa indirecta se plantea en torno a la administración de calmantes con los que se pretende aliviar los dolores del enfermo, pero en donde se puede acelerar el proceso de muerte por la depresión respiratoria que los derivados de la morfina pueden producir. Es una situación que —indiscutiblemente— está ahí. Entre bastantes autores —y por ejemplo, en los seminarios que nosotros hemos tenido al respecto— hay un cierto malestar de que situaciones que tienen elementos en común pero también matices diferentes, vengan calificadas desde la palabra eutanasia aun cuando después se les añada el calificativo de «activa», «pasiva», «directa», «indirecta». Y hay intentos de usar nueva terminología.

A mí me gusta un término nuevo, un neologismo: *ortotanásia*. Sería la acción médica que —por una parte— es sensible a la humanización del proceso de muerte del enfermo, a evitarle los dolores y —por otra parte— que no se empeña en acciones que pudiesen prolongar de forma abusiva y desproporcionada el proceso de muerte del paciente terminal. Recuerdo que cuando empecé a trabajar estos temas se citaba como ejemplo de una medicina centrada en la prolongación biológica de la vida del paciente (el término acuñado es encarnizamiento o ensañamiento terapéutico), el caso del Presidente Truman de EEUU, que tuvo un proceso terminal extraordinariamente prolongado. El caso de Truman ha quedado pequeño con los casos posteriores del General Franco, por lo menos en la impresión que tuvo la opinión pública, el caso de Boumedien (Argelia), el caso de Tito (Yugoslavia); y están en la mente de todos los 111 días de agonía del emperador Hirohito. En este sentido, la ortotanásia, —este neologismo— sería sensible a humanizar el concepto de paciente terminal. Y por otra parte a no empe-

ñarse en prolongaciones desproporcionadas de ese proceso de muerte. Existe también otro término: *distanasias*, donde ese prefijo «*dis*» tendría el significado de una hipertrofia del proceso de muerte. Una situación de distanasia serían los casos de estos personajes históricos que acabo de citar. Recientemente, en un seminario que tuvimos en nuestra universidad sobre toda esta temática, un autor proponía un término que suena muy mal, pero cuya etimología es rigurosamente griega: «*cacotanasia*». El prefijo griego «*kakos*» significa «malo» con lo cual se daría a entender «mala-muerte». Proponía este término referido precisamente al ejemplo del *Angel de la Muerte*, o el caso del Hospital de Lainz. Se trata de un término nuevo, que podría tener su valor, aunque realmente suena mal eso de «*cacotanasia*».

3. Valoraciones hechas respecto a la eutanasia

3.1 *Las asociaciones en favor de la eutanasia*
Me voy a referir a asociaciones en favor de la eutanasia que han proliferado mucho en el mundo. Hay un documento que ha sido muy importante —que ha dado el fondo de reflexión a muchas de las declaraciones de estos movimientos— que sería el Manifiesto en favor de la eutanasia que se publicó en la Revista *The Humanist* en el año 1975, suscrito por varios premios Nobel: Monod, Watson y Crick.

Una serie de reflexiones muy bien hechas que han sido asumidas por los movimientos en favor de la eutanasia. Todos estos movimientos tienen los siguientes elementos en común:

- 1) Una clara afirmación de la autonomía de la persona y, por tanto, de la afirmación de que el paciente es el que tiene el último derecho para disponer de su enfermedad terminal y de su muerte. Sería un primer punto muy claramente marcado. Es decir, un fuerte énfasis en la autonomía, en la libertad, en la responsabilidad del enfermo próximo a la muerte, y por tanto que le incumbe a él mismo la última decisión que a nadie afecta más que al propio enfermo.
- 2) Un segundo punto de todas estas asociaciones sería un fuerte subrayado del sinsentido del dolor y del sufrimiento, incluso la afirmación de que es inmoral que el paciente fallezca en situaciones de encarnizamiento y de sufrimientos insoportables.
- 3) Habría una clara afirmación de la utilización de calmantes, de todo aquello que pueda ayudar a que el enfermo pueda vivenciar de la forma más humana posible la proximidad de la muerte.
- 4) Punto muy característico de todas estas asociaciones sería el dar un gran énfasis a la llamada *living will*, es decir, los testamentos vitales. Se recomienda a los miembros de las asociaciones que suscriban en plenitud de facultades testamentos en donde soliciten que no se les mantenga en vida mediante la aplicación de medidas extraordinarias.
- 5) Y finalmente, un último punto que varias de estas asociaciones plantean con una cierta ambigüedad, pero que ciertamente está en el fondo, es que no

solamente defienden el que se humanice el proceso del paciente terminal, el que no se le prolongue este proceso de muerte, sino que al mismo tiempo se reconoce el derecho del paciente a poder disponer positivamente de su propia vida.

Estos serían los elementos fundamentales de una línea de importante fuerza, marcada por las asociaciones en favor de la eutanasia.

3.2 La Iglesia Católica

Desde la Iglesia Católica es importante subrayar que tradicionalmente —basándose en la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios— se afirmó que no es obligatoria la utilización de medidas extraordinarias, aunque sí sería obligatoria la utilización de medidas ordinarias. Evidentemente, esta distinción entre medios ordinarios o medios extraordinarios, que está ya en las discusiones morales católicas desde el siglo XVII, lógicamente lo que suscitan es el interrogante sobre qué es ordinario y qué es lo extraordinario. Lo que es ordinario en un determinado país, puede ser extraordinario en otro. Pío XII asume este punto de vista y afronta el tema de que antes hablé, de la administración de calmantes con la intención de aliviar los dolores del enfermo, que pudiesen acelerar su proceso de muerte. La opinión de Pío XII es la de considerar legítima la práctica de aplicación de calmantes que indirectamente pudiesen abbreviar la vida del paciente próximo a la muerte. Más recientemente, hay un documento importante de la Doctrina de la Fe del 5 de mayo de 1980 en el que los puntos más importantes serían los siguientes:

- 1) Un rechazo de lo que yo llamaría —y a lo que yo restringiría el nombre— auténtica eutanasia: para mí, aun admitiendo que pueda haber situaciones «grises» donde no está clara la distinción eutanasia sería la acción médica que por razones calificadas de piadosas o humanitarias actúa de tal manera que pone fin a la vida del paciente: sobredosis de morfina, solución de cianuro, etc. Esto sería la auténtica eutanasia. Este documento de la Iglesia no acepta la auténtica eutanasia. Se afirma la inviolabilidad de la vida humana: nadie puede atentar contra la vida de un inocente. (El Concilio Vaticano II por su lado también ha condenado muy duramente la eutanasia. La Iglesia condena la eutanasia para eliminar radicalmente los sufrimientos, para evitar sufrimiento a los niños subnormales, a los entérnos mentales o los incurables, o para evitar la prolongación de una vida desdichada.)
- 2) Se afirma que no existe —ni por parte del médico, ni por parte del paciente— la obligación de prolongar siempre la vida de este último. Insiste este documento en los riesgos de una terapia médica que pueda convertirse en un tecnicismo abusivo. Y afirma claramente el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana.
- 3) Este documento, en lugar de utilizar los viejos términos de medios ordinarios y extraordinarios, utiliza una nueva terminología que creo que es mucho más apropiada. Habla de medios proporcionados y desproporcionados. Creo que esta distinción es impor-

tante porque hablar de «ordinarios» y «extraordinarios» parece centrar todo el debate en las características que tiene la terapia médica que se va a utilizar, si es costosa o no, si es una alta tecnología o no, si es frecuente o rara. Por el contrario, hablar de medio proporcionado o desproporcionado —lo dice el mismo documento— significa presentar todo ello en un ámbito más amplio, donde no solamente se tiene en cuenta las características de la terapia, sino cuál es la situación del enfermo, cuáles son las posibilidades sociales, económicas, cuáles son las expectativas de recuperación, etc. Lo cual significaría —volviendo al caso de Karen Quinlan— que el respirador era allí un medio desproporcionado, mientras que el mismo respirador ante un paciente para el que existen importantes posibilidades de recuperación, es proporcionado. Creo que este cambio terminológico es importante.

- 4) Se declara que es lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. La no utilización de una terapia desproporcionada no equivale al suicidio. Dice que significa, más bien, la simple aceptación de la condición humana o el deseo de evitar la puesta en práctica de dispositivos desproporcionados a los resultados que se podrían esperar, o bien la voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o a la colectividad. Como pueden ver es un claro sí a lo que yo he llamado ortotanacia. Incluyendo —se vuelve a citar—, la posibilidad de administrar calmantes con el fin de aliviar los dolores, aunque abrevien la vida del enfermo.
- 5) Alude a un trasfondo en el que debería verse todo el tema de la eutanasia, que sería el de la dificultad de la sociedad actual para asumir e integrar el hecho de la muerte. La gran dificultad de la sociedad actual para aproximarse al enfermo terminal, a saber acompañarle en sus angustias, en sus sufrimientos. Insiste que la súplica de los enfermos que alguna vez invocan la muerte no debe ser entendida como la expresión de una voluntad de eutanasia. Serían más bien peticiones angustiadas de asistencia y afecto. Dice que además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural con el que pueden y deben rodearle todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeras.

2.3 La muerte en Occidente

Y esto nos lleva a un tema que aunque sea brevemente quiero citar. El tema de la muerte está preocupando y se está escribiendo mucho sobre él. En EEUU desde hace muchos años, 80% de los ciudadanos norteamericanos está muriendo en los hospitales en condiciones de gran atención médica, pero —en muchas circunstancias— de una importantísima desatención humana. De tal manera que ha surgido una ciencia nueva —la «tanatología»— que está estudiando el tema de la muerte. Ya en los años 70 se decía que se había escrito mucho más en los últimos 10 años sobre la muerte que en el resto de este siglo. El tema de la muerte preocupa. Hay un historiador francés —desde mi punto de vista, extraordinariamente interesante—, Philippe Ariès, que ha publicado dos obras —

una de ellas titulada *La muerte en Occidente*—, donde hace un precioso estudio histórico de cómo ha ido afrontándose la muerte desde el mundo medieval hasta nuestros días. Esta obra ha sido completada por otra posterior —también traducida al español—, *El hombre y la muerte*. El marca mucho el contraste entre cómo se ha vivido la muerte en la primera Edad Media y cómo es vivida hoy. Califica la muerte de la Edad Media como la «muerte domesticada», («muerte domada») porque la muerte está integrada en la cultura, es algo que entra a formar parte de las coordenadas del hombre de su tiempo. La muerte es algo que está asumido con naturalidad porque inevitablemente forma parte de la vida. Existe una literatura que son las *Ars Moriendi*, «El arte de morir», existe el «*nuntius Mortis*», un amigo que tiene que anunciar cuándo se aproxima la muerte. La muerte es una realidad que está presente en la sociedad. A los niños se les lleva a ver morir a sus padres; el duelo se hace con todo vigor y fuerza; un varón no pierde nada de su virilidad por expresar con todo dramatismo su dolor por la pérdida de un ser querido. Desde ahí se entra en un proceso que lleva a que nuestro siglo viva una situación que Ariès califica de «muerte invertida», en el sentido que estamos en las antípodas del pasado medieval de nuestra cultura. La muerte invertida o la muerte «escamoteada». La muerte está tabuizada. Ariès insiste mucho en cómo nuestra cultura —que presume haber destabuizado el sexo— ha tabuizado a Thanatos, ha tabuizado la muerte. Ariès relata por ejemplo que en muchos países se decía a los niños que al recién nacido lo había traído la cigüeña desde lejos. Y que hoy día se les dice que el abuelito que se ha muerto, se ha ido a otro país a «cuidar un jardín». Un jardín en el que también crecen los tulipanes —en los países centroeuropéos— y de donde —antes— venían los niños. Es decir, que las mismas metáforas que en el pasado se utilizaban para tabuizar la sexualidad se utilizan ahora para tabuizar la muerte.

Hubo un libro que fue *best seller* en EEUU, de Jessica Mitford, cuyo título es *The American way of death* (no el estilo de vida, sino el estilo de muerte americano), en el que se da una serie de rasgos del escamoteamiento de la muerte. Critica enormemente todos los grandes gastos en relación con las *Funeral Homes*, con todas las costumbres de sepultura americana. Hay en este libro una gran insistencia en esa tabuización del hecho de la muerte, que yo creo que es innegable. Un dato que resulta muy significativo, es que los mismos movimientos en favor de la eutanasia llaman testamento «vital» a lo que en realidad es un testamento de muerte. Es frecuente en mi país que al referirse a una persona muerta de cáncer, se diga que ha muerto «después de larga y dolorosa enfermedad». Esto me parece significativo, porque la palabra «cáncer» —por lo que ha significado y todavía sigue significando, en cuanto enfermedad irreversible y dolorosa— es una palabra que expresa la dureza de la muerte. No me parece que sea casual que se evite esa palabra. Creo que el gran impacto que ha producido el tema del SIDA —donde también se unen Eros y Thanatos— tiene que ver con esto. Porque es dejar entrar en escena algo que parecería que la humanidad lo tenía arrumbado: el viejo fantasma de la muerte inevitable. Porque a propósito de las otras «pestes» del mundo actual (el cáncer o las enfermedades cardiovasculares), la medicina no ha ga-

nado la guerra pero sí importantes batallas. Mientras que, por el contrario, la omnipotente medicina sigue teniendo que reconocer que —aunque ya estamos a 10 años del primer caso de SIDA—, todavía no tenemos tratamiento, ni siquiera prevención eficaz contra él. El impacto del hecho del SIDA tiene que ver con Eros y Thanatos, y hace entrar de nuevo el fantasma de la muerte que parecería estar dejado de lado.

Creo que hay muchos datos... En mi país, los velatorios de los hospitales son como el alcantarillado (las cloacas), es decir, sitios perdidos, como si el hospital viviese de espaldas a una realidad que —se quiera o no—, forma parte de su vida. He pasado por una clínica privada de lujo de Madrid, donde, para entrar en el velatorio, hay que pasar al lado de los carros de basura. Me parece que esto es significativo de que la institución vive como de espaldas a un hecho que —lo queramos o no— forma parte de su vida. El mismo hecho del duelo lo tenemos extraordinariamente tabuizado. Admitimos moderadas expresiones de dolor. En mi país, las «estrellas famosas», cuando se les muere alguien, van con gafas oscuras. Esto está reflejando que admitimos moderadas muestras de dolor, pero que consideramos de mal gusto la expresión del dolor que la muerte de un ser querido puede ocasionar.

Lo significativo de todo esto es que esta mala asunción de la muerte, el que tengamos una cultura que tiene mal asumida la muerte, lleva a percibir al moribundo como quien nos recuerda que ella está ante nosotros, lo queremos o no. Y en ese sentido nuestra mala relación con el paciente terminal, las formas de aproximarnos a él, no solamente son compasivas, sino, hay que decirlo, también son compasivas hacia nosotros mismos. Porque en el fondo, nos disgusta profundamente tener que abordar y asumir la muerte que está en el otro pero que de alguna manera me está reflejando mi propio miedo y mi propia angustia ante ella.

Hay una estadística —ya de algunos años atrás— en que se hablaba que las enfermeras están, por término medio, la mitad del tiempo con un paciente irrecuperable que con el recuperable. Normalmente hay que pensar que el irrecuperable necesita más su presencia sin embargo, se dan mecanismos que nos llevan a ir con más tranquilidad cuando se trata de visitar una maternidad que cuando tenemos que ir a una sección de oncología. En el fondo, tendemos a irnos —creo que es importante reconocerlo— porque el tema de la muerte lo tenemos mal asumido y eso nos dificulta relacionarnos con el paciente terminal.

En este contexto hay que citar una obra que es fundamental en toda la reflexión que se ha hecho en estos últimos años, que es la de Elizabeth Kübler-Ross. Ella es una médica suiza, que trabaja en EEUU, que se presenta —a comienzos de los años 60— en un gran hospital de Chicago, y pide a la dirección del hospital poder llevar a cabo unos seminarios con pacientes próximos a la muerte y poder hablar con ellos de cuáles son sus vivencias y sus necesidades. Ella misma dice que la dirección del hospital le contestó que —era un centro de 600 camas— no existía allí ningún paciente próximo a la muerte. Después de bastantes dificultades comienza estos seminarios en los que participan una serie de personas y publica un libro que es enormemente importante, lo titula *On death and*

dying («Sobre la muerte y el morir»), donde llega a un conjunto de conclusiones enormemente importantes.

Una primera y muy general es que nos aproximamos mal al paciente terminal. Que ante un paciente en esa situación sentimos una serie de bloqueos que nos incapacitan la relación que deberíamos tener con él. Que el paciente terminal —ella habla que 98% de los pacientes próximos a la muerte a los que les propuso entrar en estas conversaciones aceptaron con gusto hacer esto—, siente unas necesidades, unos deseos de comunicación que no están siendo respondidos. No están respondidos ni por los profesionales de la salud ni por la familia, que fácilmente tiende a crear una coartada de mentiras, o de medias verdades, que en realidad bloquean todo el proceso de comunicación.

Ella critica a los clérigos. Dice que —independientemente de que sean católicos, protestantes o rabinos judíos—, en general, acuden cuando les llama un enfermo, pero que su tendencia es a leer un libro, un texto de la Biblia o a rezar, pero de alguna manera siempre poniendo «algo» en medio del tema. Y que en este sentido hay una falta de comunicación, de apoyo y de ayuda que sería enormemente importante. Kübler-Ross aborda mucho el tema de la información al enfermo, y ha creado toda una línea que considera —pienso que con razón— que en contra de lo que es la tendencia en muchos países especialmente europeos, lo normal debería ser informar y lo excepcional no informar, aunque haya muchas excepciones. Indiscutiblemente, habla de que debe hacerse una información dosificada, buscando el momento oportuno; que nunca debe cerrarse la puerta a toda esperanza. Eso no sería engañar al enfermo puesto que la medicina sabe de pronósticos que parecen ciertos, pero que sin embargo llevan cursos distintos; y además, porque considera muy importante —de cara a la participación del enfermo en su proceso de mejoría— el que no pierda la esperanza. En general tanto ella como Sporken —que también ha escrito bastante de este tema— subrayan que más que hablar de información o no información, se trata de acompañar o no acompañar. Que lo importante es saber estar cerca, y en ese sentido, saber percibir cuándo hay que hablar, cuándo hay que comunicar, cuándo, por el contrario, no hay que comunicar; cuándo hay que dar esperanza y cuándo hay que cortar las esperanzas que el paciente pueda tener.

Evidentemente el tema es complejo, cada caso es cada caso, pero creo que se ha abierto indiscutiblemente una línea de aproximación en el tema de la muerte que tiene implicaciones con el de la eutanasia y que debe ser muy tenida en cuenta.

4. Postura frente a la eutanasia

Partiendo de todos estos presupuestos entraríamos ahora en una última parte de esta conferencia, que sería la de tratar de argumentar mi propia opinión ética sobre el tema de la eutanasia.

Un sí a la ortotanacia

Podríamos decir que en situaciones en que se plantea la pregunta de hasta qué punto hay que utilizar una terapia o dejar de utilizarla, creo que habría que tener un triple punto de referencia:

1. Un primero sería el valor ético de que el médico luche a favor de la vida. El médico ha sido formado para defender la vida. Los progresos de la medicina son inseparables del hecho que el médico no ha «tirado la toalla» sino que ha seguido luchando; y en ese sentido hay que marcar el enfasis en luchar a favor de la vida y poner la ciencia y el esfuerzo en favor que se pueda prolongar la vida o se pueda recuperar la salud del paciente. Esta primera perspectiva es importante, desde mi punto de vista. Lo que no se puede es absolutizarla. Y el riesgo de una absolutización de la lucha en favor de la prolongación de la vida puede ser incurrir en situaciones de «encarnizamiento terapéutico» que creo —hay que decirlo— es inmoral. Cada caso será cada caso, pero si es verdad la impresión que tuvo la opinión pública respecto a lo sucedido con Franco —por hablar de un caso que en mi país afectó mucho—, hay que decir que eso es inmoral. En estas situaciones donde se plantea la retirada o no de tratamientos, utilización o no de una terapia, no habría diferencia ética entre el no comenzar a usar, y el suspender una terapia que ya se ha iniciado. En el caso de Karen Quinlan, no hay diferencia ética entre no comenzar a usar el respirador y desconectarlo, una vez que se ha pensado razonablemente que no tiene sentido mantenerlo conectado.
2. El segundo punto de referencia ética es la obligación de humanizar la situación del paciente terminal. El mantenimiento de una relación interpersonal junto con una amplia utilización de calmantes, para lograr que todo el dramatismo que la muerte conlleva pueda ser sobrelevado por el enfermo —en la medida de lo posible— sin dolor.
3. La propia opción del propio enfermo. No convirtamos al enfermo —como tónica general—, en un «comparsa» sobre el que se empiezan a tomar decisiones sin que él mismo haya expresado —si es posible— su propia opinión. El padre Haering contaba, hace ya varios años, el caso de una religiosa que ante un tumor cerebral (el pronóstico médico era que una intervención quirúrgica le podía prolongar la vida biológicamente pero que le podía acarrear una importante incapacidad psíquica) optó por no hacerse dicha intervención. Fue una opción de calidad versus cantidad de vida. Creo que esta referencia a lo que piensan los propios enfermos es sumamente importante.

Por tanto, un claro sí a lo que he calificado de ortotanacia.

El tema de la auténtica eutanasia

Creo que ha habido un claro rechazo a la acción realizada por el «Ángel de la Muerte» o las auxiliares de enfermería del hospital vienes. Los mismos movimientos en favor de la eutanasia han declarado públicamente que no es este el tipo de eutanasia que ellos pretenden. La vida es un valor absolutamente personal y la disponibilidad de la vida de otra persona sin contar con su consentimiento aparece —incluso a la luz de los que defienden la auténtica eutanasia— como una acción éticamente inaceptable.

Aquí hay una problemática muy compleja —que no podemos tratar en profundidad— y que sería la de los recién nacidos con malformaciones: el caso de Baby Doe, al que aludí antes. No puedo entrar en este tema. A mí me parece extraordinariamente iluminador como criterio a tener en cuenta —aunque luego cada caso es cada caso— el concepto utilizado por uno de los mejores bioéticos norteamericanos (McCormick), que habla del «potencial de relación». A la hora de valorar si hay que tomar medidas más o menos importantes habrá que tener en cuenta el previsible potencial de relación humana que este recién nacido va a tener (en la medida que esto sea posible y sea pronosticable, ya que el tema es enormemente complejo). En terrenos más sencillos, la opinión de las nuevas directrices que se dieron en EEUU es que lo que se hizo con Baby Doe no se debería haber hecho. La opinión que yo defendería es que, dado que el niño con síndrome de Down tiene un potencial de relación sumamente importante, el privarlo de una intervención quirúrgica —que se hubiera hecho si no hubiera sido portador del síndrome de Down— creo que es éticamente inaceptable. Es un niño que no va a llegar a un determinado cociente intelectual, pero que sin embargo, va a tener un gran potencial de relación humana. Creo que se deteriora seriamente una sociedad si lo que sirve de discernimiento para calificar la vida con valor y la vida sin valor es el coeficiente intelectual. En el otro extremo estaría el anencefálico. Es indiscutible que en el caso de un niño sin cerebro o con un cerebro totalmente desestructurado, sería absurdo empeñarse en ciertas medidas para prolongar su vida. Ante un niño que no tiene la menor posibilidad, la menor potencialidad de relación humana, lógicamente no deberían implicarse medidas de prolongación de su vida.

Lo más problemático es cuando el propio paciente es el que pide se le aplique la eutanasia. Tal el caso de Frank (la tetrapléjica alemana) o los casos que se están dando con cierta frecuencia en Holanda. Creo que es importante hacer ciertas precisiones. Una primera es hasta qué punto la petición de eutanasia es una verdadera petición o tiene como trasfondo una llamada en clave pidiendo apoyo, ayuda y calor humano. Hay trabajos que constatan en el tema de los intentos de suicidio —que por eso mismo frecuentemente fracasan— que son fundamentalmente una llamada en clave pidiendo atención y ayuda. Esto mismo está aquí en la eutanasia pedida. No piden la muerte sino vivir la última fase de la vida en forma distinta. Es importante también tener en cuenta lo que habla Kübler-Ross, que el paciente pasa por una serie de fases características. Habla por ejemplo de la fase de depresión, de la fase de agresividad, etc. Creo que es pensable que la petición de eutanasia puede tratarse de una petición transitoria del paciente, pero que no sea esa su auténtica voluntad.

Otro punto a desarrollar es el tema del dolor. Puedo decir que hace poco tuve ocasión de hablar con el que es considerado en España como máximo especialista en el tema del dolor, B.L. Madrid, y él decía muy paladinamente que la eutanasia no se puede justificar desde el mero dolor físico. Decía que hoy la «algología» tiene medios para tratar eficazmente el dolor. Añadía con toda razón: «otra cosa es el dolor psicológico, otra cosa es todo el deterioro que conlleva una enfermedad terminal». Pero

desde el punto de vista del dolor físico, hoy la medicina dispone de tratamientos paliativos sumamente eficaces.

Teniendo en cuenta todo esto, sin embargo hay casos en que realmente lo que quiere el paciente es que se le ponga fin a su vida, y que este es un auténtico deseo. No es una fase de depresión sino su auténtica voluntad. A niveles de una ética no religiosa, humanista, no creo que haya argumentos claros para negar el derecho de una persona a disponer de su propia vida. Para quien no existe una trascendencia o un más allá, para quien no existe la vivencia de un Dios del que se ha recibido la vida y al que hay que acudir al final, no creo que sea fácil decir que una persona en situación de deterioro no tenga derecho a disponer de su propia vida. Otra cosa es que pida que el médico sea el que lo haga. No es infrecuente que el médico que dice que si el paciente quiere que se le practique la eutanasia su rol sería —lo hicieron con Ingrid Frank— ponerle una cápsula de cianuro, pero que ella sea quien se la beba. Creo que no es fácil a nivel ético el negar a una persona no creyente su derecho a disponer de su propia vida.

El tema es distinto *desde una coloración religiosa*, o *desde una coloración cristiana*. Porque creo que la experiencia que se configura en el cristianismo —no un cristianismo sociológico sino vivenciado— es la experiencia de la vida como un don de Dios y como una bendición de Dios, de un Dios cuyos caminos muchas veces desconocemos pero en cuyas manos estamos; y sobre todo, añadiría el ejemplo de Cristo: Cristo muere muy dramáticamente. La muerte de Cristo es mucho más cercana al Evangelio de San Marcos que al Evangelio de San Juan. En el Evangelio de Juan, Cristo domina mucho más la muerte. Suelo decir que si de alguna manera habría que simbolizar la muerte de Cristo tal como la describe el Evangelista San Juan, ese sería el Cristo de Velázquez. Mientras que el Cristo reflejado por San Marcos es el Cristo de Matías Grünewald: un Cristo tremadamente sufriente; o el Cristo de la imaginería español. Ese sería el Cristo representativo de la muerte tal como es contado en San Marcos, donde Cristo sufre la muerte con dramatismo. La muerte de Cristo no es la «muerte de Sócrates», dominando el fin de su existencia, sino es la del que pide con gritos y con lágrimas: «Pase de mi este cáliz». Y Cristo vivencia su muerte como lo dice San Pablo: «en la vida y en la muerte somos del Señor». El cristiano debe repetir en su vida el ejemplo de Cristo; y también en su muerte. Pero soy consciente que estamos en un terreno religioso.

5. La eutanasia y la ley

Sobre este tema debo decir que me da un enorme miedo que se legalice la eutanasia. Y me da enorme miedo porque, aunque no creo en el «argumento Auschwitz» (que viene a decir que en cuanto se admite tal cosa, el paso siguiente son los campos de concentración nazis), sí creo que hay que ser muy sensibles a las consecuencias que deben tener nuestras acciones: Me preocupa el que se pase de una eutanasia muy controlada a una eutanasia menos controlada. En Holanda —donde se está aplicando con bastante frecuencia la eutanasia—, se dice que se está pasando de la aplicación de la eutanasia a enfermos que lo han pedido a enfermos que están

inconscientes, es decir, ya se está dando el salto a aplicarla a aquellos que no la han pedido. De alguna manera, lo que ha sucedido en el hospital Lainz tiene puntos de contacto con lo que parece que ya está sucediendo en Holanda. Y creo que hay que ser muy sensibles a los riesgos que detrás de todo esto se pueden seguir. A mí me parece que es preocupante el que si se acepta la eutanasia como un «derecho», el paciente que está frente a la muerte lo experimente como un «deber», que él mismo se tiene que imponer, aunque no lo deseé. Es decir, que ante todos los problemas que suscita una enfermedad próxima a la muerte, que el paciente se pueda sentir coaccionado de alguna manera, o forzado a pedir un término a su vida, cuando en realidad no lo quiere. Es decir, que lo que se ha reconocido como un derecho, lo conciba como una obligación o un deber.

6. Alternativas a la eutanasia auténtica

Creo que el gran reto que tiene nuestra cultura es el de comenzar a intentar asumir el hecho de la muerte. Y aquí creo que hay que citar algo que está siendo realidad en los países anglosajones y que se está presentando como la auténtica alternativa a la eutanasia. Es la filosofía de los hospicios, una filosofía de asistencia nueva que ha surgido principalmente en Gran Bretaña. Las últimas cifras que yo conozco es que allí se estaba tratando en los hospicios cerca del 40% de los cancerosos terminales. Se trata de centros no muy grandes donde llevan enfermos terminales, y donde se da un gran relieve al tratamiento del dolor, a la comunicación con el paciente, a la presencia de su familia y del voluntariado junto a una gran selección del personal sanitario para que puedan asumir la filosofía de fondo. Todo esto hace que estén siendo enormemente positivos. Hay un testimonio que realmente es llamativo, el de un vicepresidente de la Asociación Inglesa en favor de la Eutanasia, que comunicaba a Cecily Saunders (la gran impulsora de todo este movimiento) que si estos centros proliferaran, serían una auténtica alternativa a la eutanasia. Pienso que éste es el reto. No pienso que la sociedad vaya a ser mejor si ante el paciente terminal seguimos con la tendencia a la sobredosis de morfina. Y me parece que tendríamos que hacernos la pregunta de cómo humanizar la situación del paciente terminal, de cómo hacer para ser capaces de asumir nuestros miedos y nuestras angustias frente a la muerte en el otro. Hay una frase de Teilhard de Chardin que dice que lo realmente difícil en la vida no es resolver los problemas sino saber vivir con ellos. Algo que es real cuando estamos ante un paciente terminal es que no tenemos solución. Y que son situaciones donde lo que hay que hacer es intentar vivir con el problema, es decir, saber estar, saber acercarse, saber reprimir nuestras angustias y nuestra ineficacia; y saber que hay momentos —y esto es moneda común en todas las discusiones médicas y del mundo de la enfermería—, que es muy importante el «cure» (el curar) pero que también es importante el «care» (la asistencia). Por eso creo que el gran reto no es el de «cortar por lo sano» (la expresión no es la más idónea) sino que aquello por lo que habría que luchar es por una muerte en nuestras coordenadas vitales y luchar por saber prestar, al paciente próximo a la muerte, la atención y el calor que necesitan.