

Morir en nuestros días. Consideraciones actuales sobre la Eutanasia

MANUEL CONCHA RUIZ
Córdoba

SUMARIO

1. Introducción
2. Morir en nuestros días.
 - 2.1. Muerte biológica: definiciones y criterios.
 - 2.2. El morir como hecho existencial y cotidiano.
 - 2.3. El morir: una situación problemática.
3. Eutanasia.
 - 3.1. Introducción. Legalidad y moralidad.
 - 3.2. Eutanasia activa y pasiva: un difícil debate.
 - 3.3. Eutanasia voluntaria activa, un hecho controvertido: "manifiesto de un Grupo de Intelectuales".
 - 3.4. Revisión de las normas sobre la eutanasia: conclusiones de la Asociación Médica Inglesa (1983).
4. Epílogo.

1. INTRODUCCIÓN

La eutanasia plantea en el momento actual importantes dilemas sociales, éticos y religiosos a los que no podemos estar indiferentes. La muerte sigue siendo un secreto oculto, una realidad que plantea problemas existenciales y sociales, que varían de unas épocas a otras.

Como dice Sherwin B. Nouland, "...

en las últimas generaciones hemos añadido algo nuevo: hemos creado la forma nueva de morir. La muerte moderna se produce en el hospital moderno, donde es posible omitirla, purificarla de una composición orgánica y finalmente "empaquetarla" para el entierro moderno...". Originalmente, el "ars moriendi" era una hazaña religiosa y espiritual, con el tiempo se convirtió en el concepto de muerte bella, muerte digna. Pero hoy, el "ars moriendi" se ha vuelto más difícil por el hecho de intentar ocultarla y esterilizarla y especialmente impedirlo.

La buena muerte es cada vez más un mito. En realidad, siempre lo ha sido para la mayoría, pero nunca tanto como hoy.

El principal ingrediente del mito es el tan ansiado ideal de "una muerte digna".

Ciertamente, con los importantes avances de la tecnología médica hoy es posible salvar o prolongar la vida de muchas personas que en otros tiempos hubieran perecido seguidamente.

Es difícil establecer los límites de la ciencia médica y establecer el equilibrio necesario entre los avances tecnológicos y el respeto a eso que se da en llamar "una muerte digna".

Frente a consideraciones trasnochadas, siempre hemos defendido que el mejor "humanismo" que puede ejercer el médico con su paciente es ofrecer al mismo todas las posibilidades técnicamente posibles para aliviar o curar su enfermedad, ofrecerle al mismo todos los avances de la ciencia médica. Pero por otro lado es necesario también exigirse un comportamiento ético que evite sufrimientos innecesarios y un acercamiento humano que permita establecer los límites de la tecnología médica, que permita entender también que la muerte pertenece al moribundo y a quienes le aman, y que, por otro lado, para ejercer responsablemente en esos momentos es necesario conocer y acercarse a las sendas de la enfermedad y de la muerte.

2. MORIR EN NUESTROS DÍAS

2.1. Muerte biológica: Definición y criterios

Establecer la frontera exacta entre la vida y la muerte del ser humano, dada no solamente su configuración orgánica sino también su dimensión espiritual e intelectual, ha sido materia de reflexión, discusión y debate de pensadores y científicos. El origen de la vida, como el proceso de morir en el hombre, ha sido motivo de debate importante entre filósofos, moralistas, teólogos, médicos, etc.; así mismo, el contexto geográfico cultural también ha contribuido a valorar diversas concepciones de la muerte.

Aunque las perspectivas psicológicas, religiosas, sociales o culturales pueden conducir a diversas concepciones de la muerte, la mayor parte de los pensadores acepta que la muerte, en tanto que supone la desaparición física de una estructura orgánica, debe ser definida por aquellos que se dedican al estudio del organismo del hombre, es decir, médicos y biólogos. Por otra parte, la sociedad actual demanda, objetiva y absoluta precisión en el diagnóstico de muerte, la cual probablemente sólo cien-

cias como la Medicina y la Biología pueden aportar en estos momentos.

Por ello, parece evidente que, para fijar el momento de la muerte, debemos recurrir a la evaluación y comprobación de la interrupción definitiva de las funciones de órganos o sistemas, con significación en el funcionamiento corporal. Pero, ¿cuáles son esos órganos o sistemas claves?

El diagnóstico clásico de muerte de un ser vivo del reino animal se ha basado durante los siglos en la demostración de la ausencia total de funciones respiratorias, circulatorias y de sistema nervioso central. La ausencia de latidos cardíacos, de movimientos respiratorios y de cualquier respuesta motora, eran las bases en las que se sustentaba el diagnóstico de muerte. Por otra parte, y hasta no hace muchos años, la demostración de la inactividad de cualquiera de estos tres sistemas orgánicos, era casi suficiente para el diagnóstico, pues inevitablemente la interrupción de las funciones de uno cualquiera de ellos, determinaba que el otro no existía.

El gran desarrollo experimental en los tres últimos decenios, por las técnicas de soporte de órganos, ha hecho posible la sustitución temporal de las funciones cardíacas (técnicas de circulación extracorpórea) y respiratorias (intercambiadores gaseosos), sin que por ello conlleve ninguna agresión para las estructuras nerviosas. Sin embargo, actualmente no existe ninguna posibilidad de soporte o suplencia de las funciones del sistema nervioso central. Hoy día no es posible la supervivencia de un ser en el que se ha producido el cese irreversible de las funciones del sistema nervioso central, ya que en estos casos no solamente se produce una completa y definida suspensión de todas las funciones intrínsecamente nerviosas y mentales (motricidad, pensamiento, sentimiento, etc.), sino también de las funciones respiratorias y del control cardiopulmonar, además de producirse una auténtica catástrofe hormonal y del medio interno, que inevitablemente llevan

al fin de la actividad cardíaca y en consecuencia a la interrupción de la actividad metabólica de todo el organismo.

En los casos en que, tras el cese irreversible de las funciones del sistema nervioso central (muerte cerebral), se proporcione una asistencia ventilatoria, se posibilitará el mantenimiento de la actividad del corazón y se retardará el paro cardíaco.

Ello pone de manifiesto que, de los tres elementos que clásicamente se utilizaban para el diagnóstico de muerte en el hombre, la ausencia de la función neurológica era la clave y que los otros dos, suspensión de la actividad respiratoria y cardiocirculatoria, eran elementos secundarios que participaban como consecuencia del primero en el desencadenamiento de la muerte cerebral.

Si se acepta la realidad de la muerte cerebral como la clave para el diagnóstico de la muerte del individuo, surgen nuevos problemas para su definición.

Hemos de tener en cuenta que la muerte cerebral es un concepto, el cual ha sido elaborado a partir de los conocimientos que la fisiología y la medicina han desarrollado en los últimos años. La muerte cerebral, como concepto que es, no tiene que manifestarse en una forma material y sin embargo se fundamenta en el desarrollo de acontecimientos físicos expresados en forma de ausencia de funciones del sistema nervioso.

Aunque existe unanimidad en cuanto a la significación que tiene la muerte cerebral para el individuo que la sufre, no hay consenso absoluto en cuanto a la forma de expresión de la muerte cerebral. Aunque para la Conferencia del Medical Royal College de Inglaterra, la interrupción irreversible de las funciones del tallo encefálico serían suficientes para el establecimiento de diagnóstico de muerte cerebral, sin embargo, el resto de las escuelas médicas requieren, además, la inexistencia de actividad cerebral integrada en los hemisferios, puesta de evidencia en la mayoría de los

protocolos mediante estudios electroencefalográficos. Atendiendo a la definición que exige el cese irreversible de las funciones tanto del cerebro como del tronco encefálico, los datos exploratorios y pruebas instrumentales integradas en la mayoría de los protocolos son prácticamente unánimes. Las diferencias que se pueden detectar entre los distintos protocolos son escasas y no implican desigualdades conceptuales sino metodológicas.

Resulta destacable el hecho de que la mayor parte de las corrientes religiosas no se hayan manifestado explícitamente en relación a los límites entre la vida y la muerte; en la mayor parte de los casos, se ha aceptado que sea la medicina quien se encargue de establecer la definición de muerte física del hombre, siendo la muerte cerebral admitida por la mayor parte de las confesiones religiosas. Es posible encontrar además puntos de coincidencia en cuanto a la importancia del sistema nervioso-cerebro, como elemento generador o elemento de anclaje de la estructura espiritual del ser humano.

El reconocimiento de la muerte cerebral como muerte legal es ya un hecho en la mayor parte de los países occidentales, entre ellos España. Independiente del interés, en relación a los trasplantes de órganos, que pueda tener el diagnóstico de muerte cerebral sin esperar a la parada cardíaca para realizar el diagnóstico de la misma, dado que al corazón lo podemos mantener artificialmente con apoyo ventilatorio y cardiocirculatorio, es así mismo importante el reconocimiento legal de la datación exacta de la muerte, por la importante trascendencia legal que ella conlleva.

Se puede fijar la hora y el día del fallecimiento de una persona en el momento que se cumplen los requisitos de muerte cerebral. Por otra parte, carece de sentido tanto para la persona fallecida como para su familia, como para el médico y el Hospital, proporcionar una técnica de soporte ventilatoria y cardiocirculatoria, cuando el diagnóstico de

muerte cerebral está establecido y dicho soporte es realizado exclusivamente al cuerpo del fallecido.

Aunque el diagnóstico de muerte es esencialmente un problema científico, también es cierto que su conceptualización origina con frecuencia reacciones de componente emocional, religioso y filosófico que complican indudablemente la práctica de la extracción de órganos.

2.2. El morir como hecho existencial y cotidiano

Como dice Lois Vicent Thomas, aunque la muerte es una entidad abstracta y difícil de circunscribir, el morir es más bien un proceso vivido de manera singular y cada vez menos consciente por un actor, el moribundo. Este puede tener una participación activa en la muerte, como en el caso del suicidio y de sus formas emparentadas o disimuladas (automutilación, anorexia, empleo abusivo de drogas, accidentes semivoluntarios), o, como ocurre más a menudo, sufrirla pasivamente. Pero ¿qué es un moribundo?, ¿de qué modos se vivencia la muerte?, ¿de qué manera se muere hoy en Occidente?, ¿es posible la buena muerte, ideal y dominada? Estas son las principales preguntas que intentaremos contestar.

¿Qué es un moribundo?

En cierto sentido, todos nosotros somos moribundos; ya lo dijo M. Heidegger. La persona que acaba de nacer está ya madura para morir. De manera más restringida se considera moribundos a los sujetos que han llegado al fin de su vida, a los enfermos incurables, los terminales, los que se hayan en extemis o los que están ya condenados, para emplear las fórmulas consagradas. La variedad de los moribundos es indudable si tenemos en cuenta la duración de la agonía, el lugar en que se muere, la edad del difunto, la causa y característica del óbito, y la presencia o la ausencia de otras personas. La literatura abunda en descripciones de muertes

malas o atroces y de muertes apacibles, serenas y satisfactorias. En última instancia, no hay quizá dos muertes que se asemejen.

El morir: una relación entre moribundo y sobreviviente

El morir concierne también al sobreviviente, por diversas razones. El que muere (quizás en mi lugar o por mi causa) se lleva a la tumba una parte de mí si yo le profesaba afecto; también puede enriquecer mi personalidad, si al exhalar su último suspiro, da muestras de sabiduría: hay, en efecto, muertos que transforman al sobreviviente (L. V. Thomas, *Mort et Pouvoir*). Pero, sobre todo, el moribundo es alguien por quien nada podemos hacer para impedir que muera: alguien que entra en una zona de no intervención o de insignificancia y obstaculiza nuestro impulso de obrar. Se encuentra doblemente excluido: "no pudiendo hacer ya nada, no existe para sí mismo y existe menos aún para los demás, puesto que les obliga a enfrentarse con su imposibilidad de actuar" (R. Menahem, "Il n'y a rien à faire", en *Approche*, París, CDR, n.º 46, 1985). No hay realmente nada que pueda hacerse por quien muy pronto no será ya nada; incluso si se hace todo lo posible, al menos en el medio hospitalario, para asignarle un lugar a falta de un rol, a fin de que no eluda la vigilancia del personal médico. No obstante, aunque el moribundo abandona el ámbito de la acción, permanece aún por un tiempo en el de la vida. Es preciso entonces investigar su vivencia psicológica, tratando de no caer en la trampa de atribuirle las posibilidades de quien no está en su situación. Puesto que no pertenece ya del todo al mundo de los vivos, sino que se encuentra entre la vida y la muerte, el moribundo tiene una vivencia propia aún no bien conocida.

Las estadísticas revelan que se muere cada vez de edades más avanzadas, generalmente fuera del hogar y de causas diversas que cambian con los años.

El hombre moderno de occidente

muere fundamentalmente de enfermedades cardiovasculares, tumoraciones malignas, accidentes de tráfico y otros diversos.

En otro tiempo la gente moría en su hogar, rodeada de sus familiares. Actualmente, en cambio, en los países urbanizados o industrializados ya no es así.

Por diversas razones, sociales, psicológicas, han aumentado crecientemente las tasas de muerte en hospitales o instituciones geriátricas. Quizás solamente, por otra parte, la muerte es considerada impúdica, sucia e inoportuna, parece que sólo puede concebirse en soledad y no, como antaño, ante la mirada ajena.

Por otro lado se muere cada vez a edades más avanzadas, el aumento de la expectativa de vida sumado a la regulación de la natalidad provoca en los países industrializados un envejecimiento de la población.

2.3. El morir: una situación problemática.

Nuestra sociedad, siendo mortal, rechaza la muerte. Y así como la muerte ocultada o escamoteada es la muerte en otro lugar, fuera del lenguaje, fuera de la naturaleza, fuera del hogar, el difunto, a su vez, obedece al mismo principio de desplazamiento-*evacuación*: es obscuro y proscrito, está de más.

Las actitudes frente a los moribundos han cambiado mucho durante los últimos veinte años.

Se observa ante todo lo que se ha denominado la desocialización de la muerte, expresión que hace referencia a la falta de solidaridad y al abandono con respecto a los moribundos, los difuntos y también los sobrevivientes. El corolario de esta actitud es la sustitución de funciones.

En segundo lugar, cabe mencionar la especialización, la profesionalidad, incluso la burocratización de la muerte.

Por el momento, la muerte se contenta con ser algo que incumbe a profesionales especializados.

En consecuencia, para la sociedad la muerte se convierte en un problema de gestión que se aspira a resolver con eficacia.

El escamoteo de los moribundos ilustra perfectamente el doble proceso de desocialización y especialización.

Las culturas tradicionales, escribe Y. Illich (Némesis médica, París, Seuil, 1975), derivan "su función higiénica precisamente de su capacidad de apoyar a toda persona que afronta el dolor, la enfermedad y la muerte, proporcionándole un sentido y organizando su atención por ella misma o por sus familiares cercanos". No sucede así en Occidente. Para una sociedad mercantil como la nuestra, el agonizante es un intruso y una carga, y así se le da a entender indirectamente. Su muerte no es ya un acontecimiento social y público. En su casa, pero sobre todo en el hospital, el moribundo agoniza y muere sólo, sin estar preparado, de prisa e incluso sin que los demás conozcan su estado.

Como dice también Ph. Ariès: "Todo ocurre como si nadie supiera que alguien va a morir, ni los familiares más cercanos ni el médico, ni siquiera el sacerdote cuando, con un subterfugio, se le hace venir". Cosificado, reducido a una suma orgánica de síntomas, difunto ya en el sentido etimológico del término (privado de función), al moribundo "ya no se le escucha como a un ser racional, tan sólo se le observa como sujeto clínico, aislado cuando ello es posible, como un mal ejemplo, y se lo trata como a un niño irresponsable cuya palabra no tiene sentido ni autoridad... Los moribundos ya no tienen status y, por lo tanto, tampoco tienen dignidad".

El hombre moderno nace en un hospital, también muere en un hospital, sobre todo en los Estados Unidos. En las grandes ciudades del mundo occidental, el 80% de los fallecimientos tienen lu-

gar, como dijimos, en una institución pública o privada.

Si por una parte, es importante que el médico no abandone sus esfuerzos de forma prematura, por otra es criminal y absurdo que se inflijan torturas inútiles a quien, sin estar muerto para la vida, está ya muerto para lo humano.

3. EUTANASIA

3.1. Introducción

Debido a que la ley y la moralidad están muy entrelazadas (las leyes, por ejemplo, suelen surgir de cuestiones morales), a menudo se ignora la diferencia que existe entre ambas. Pero son dos cosas distintas: lo moral puede no ser legal, lo legal puede no ser moral. La ley es una regla de conducta prescrita por la autoridad gubernativa debidamente constituida, que se hace cumplir mediante sanciones. Por contraste, el que una acción sea moral o no, depende de que encuentre justificación en las razones derivadas de una serie de conjeturas morales que, de por sí, deben ser sometidas a valoración crítica.

Algunas de las prácticas controvertidas hace un lustro, hoy son rutinarias y aceptadas para el cuidado de pacientes moribundos. Los partes de no prolongación del tratamiento (do-not-resuscitate orders), inexistentes hace pocos años, en la actualidad son lugar común. Muchos médicos y moralistas están de acuerdo en que la instilación nasogástrica o intravenosa es demasiado diferente de otras medidas de mantenimiento vital; por tanto llegan a la conclusión de que no es inmoral retirar la nutrición y la hidratación a ciertos moribundos, enfermos irremediables o permanentemente inconscientes. La opinión pública y los tribunales tienden a admitir ese principio. Y lo que es más importante, crece la sensibilidad a los deseos de los pacientes moribundos por parte de los médicos, el resto del personal sanitario y la opinión pública. Se discute con franqueza la cuestión, se publican estudios diversos y encuestas

de los organismos públicos, las fundaciones privadas, y los colegios de médicos de los distintos estados reflejan estos progresos en sus tomas públicas de posición.

Cada vez más conscientes de los derechos del moribundo, los legisladores modifican los textos y actualmente son treinta y ocho los estados cuyas leyes admiten las últimas voluntades (living wills); en quince de ellos se especifica que el paciente tiene derecho a designar portavoz, o persona apoderada, para delegar en ella la decisión acerca de prolongar o retirar el mantenimiento artificial de sus constantes vitales.

La jurisprudencia corrobora estos derechos del paciente y ha generalizado la definición de este concepto legal, el derecho a rehusar el tratamiento médico, que se ha visto admitido en más de ochenta sentencias. Por regla general, a comienzo de los años ochenta estas decisiones afectaban a enfermos terminales cuya muerte se pronosticaba inminente, con independencia de que se prolongase o no el tratamiento; éste era además, en la mayoría de los casos, agresivo y agobiante (intubación endotraqueal prolongada, por ejemplo, o ventilación mecánica, diálisis, quimioterapia). Los tribunales han reconocido la autonomía de decisión del paciente así como el derecho constitucional a la intimidad (que resulta invadida por esos tratamientos no deseados).

Las posturas de la opinión pública también han cambiado, muchas veces adelantándose al cambio de actitud del personal sanitario, de los legisladores y del aparato judicial.

3.2. Eutanasia activa y pasiva

Una segunda e importante distinción es la que hay entre la eutanasia activa y la pasiva, entre dar muerte deliberadamente y "dejar morir". En la eutanasia activa, el asesinato deliberado del paciente a manos del médico (o de algún asistente) normalmente implica "la inyección de la dosis letal de una droga

(por lo común un barbitúrico de acción rápida, seguido de un agente paralizante)...". Esta forma de eutanasia activa es distinta del suicidio médicamente asistido, donde el paciente es quien ejecuta el acto final. Dejar morir supone dejar de tomar las medidas necesarias para prolongar la vida, como por ejemplo no reanimar a un paciente con insuficiencia cardíaca, no administrar penicilina a una persona de avanzada edad que padece neumonía, o suspender la quimioterapia a una víctima de cáncer. Si el médico entra en una habitación del hospital y desconecta las máquinas que mantienen la vida, ese médico ya ha pasado a la acción, pero generalmente se considera que la desconexión de este tipo de máquinas es una forma de eutanasia pasiva. La clave de la cuestión está en si la muerte es resultado directo de la intervención humana (eutanasia activa), o de que se respeta el curso natural de la enfermedad (eutanasia pasiva).

Tal distinción queda recogida en el "Informe sobre los médicos y el paciente terminal" presentado por el Consejo Judicial de la Asociación Médica Norteamericana (American Medical Association: AMA) y aceptada por la asociación en su convención clínica de diciembre de 1973. El párrafo que viene al caso dice:

La terminación intencionada de la vida de un ser humano a manos de otro —asesinato piadoso— es contraria a aquello para lo que se encuentra la profesión médica y es contraria a la política de la Asociación Médica Norteamericana.

La suspensión del empleo de medios extraordinarios para prolongar la vida del cuerpo cuando existe irrefutable evidencia de que la muerte biológica es inminente, es decisión del paciente y/o su familia inmediata. El consejo y el criterio del médico debe estar a libre disposición del paciente y/o su familia inmediata.

Consideremos también la distinción entre eutanasia voluntaria e involuntaria. La eutanasia voluntaria implica el con-

sentimiento explícito del paciente; la involuntaria, que una persona o personas distintas del paciente decidan la muerte de éste. Matar o dejar morir a un paciente comatoso sería un ejemplo de eutanasia involuntaria, a menos que el paciente hubiera dejado en previsión instrucciones relativas a lo que debía hacerse en tales circunstancias. Matar o dejar morir a un recién nacido con graves defectos congénitos constituiría, por necesidad, eutanasia involuntaria.

Si tomamos los dos grupos mencionados, surgen cuatro posibilidades lógicas: eutanasia voluntaria activa, eutanasia involuntaria activa, eutanasia voluntaria pasiva y eutanasia involuntaria pasiva.

La eutanasia activa, y en particular la eutanasia voluntaria activa, es la forma de eutanasia que más se discute hoy en día.

3.3. Eutanasia Voluntaria Activa: *Manifiesto en favor de la Eutanasia, formado por veinte individuos destacados de agrupaciones médicas, fisiológicas y religiosas, publicado en el libro: "Eutanasia: Los dilemas morales"*

Los abajo firmantes declaramos nuestro apoyo a la descriminalización de la eutanasia activa, inducida por un médico a petición de un enfermo terminal.

Considerando: Que las técnicas desarrolladas por la medicina moderna han sido beneficiosas, en el sentido de mejorar la calidad de la vida y aumentar la longevidad, pero que otras veces se presentan acompañadas de efectos perjudiciales y deshumanizadores. Que muchos enfermos terminales son mantenidos con vida contra su voluntad mediante las técnicas médicas más adelantadas, y que se les ha negado la ayuda para morir, por lo que al intentar ellos mismos poner fin a sus tormentos, o con ayuda de parientes legos en medicina, han fracasado en el intento y se han infligido mayores sufrimientos a sí mis-

mos y a quienes les rodeaban. Que ya va siendo hora de que la sociedad supere prohibiciones arcaicas del pasado y reconozca que los enfermos terminales tienen derecho a elegir la hora, el lugar y la manera de morir.

Declaramos respetar las opiniones de quienes aseguran que sólo a la divinidad incumbe el determinar el instante del traspaso, o que encuentran ciertos valores espirituales en el sufrimiento, pero discrepamos de sus argumentos. Nos declaramos partidarios de la defensa de los derechos humanos, de la dignidad humana y de la autodeterminación, sin exceptuar el derecho a una muerte digna. Nos mueve también la compasión a los que preferirían poner término a sus padecimientos abreviando la agonía.

Algunos quieren establecer una distinción entre eutanasia "activa" y "pasiva" y propugnan el abandono de los esfuerzos "heroicos" de prolongación de la vida, pero oponiéndose a cualquier acción positiva que acelere la muerte mediante el aumento de la dosificación de los fármacos habituales, o la administración de una inyección letal. Por nuestra parte declaramos que tanto la eutanasia pasiva como la activa implican la intención de poner fin a la vida de una persona.

Nos afirmamos partidarios de la eutanasia voluntaria exclusivamente. Creemos que el adulto que haya firmado una última voluntad en la que declare sus deseos en relación con el tratamiento de una posible enfermedad terminal, o bien hay otorgado ante notario poder irrevocable y perpetuo autorizando a otra persona a actuar en ese sentido, tiene derecho a que sea respetada esa voluntad. Y dado que muchas personas carecen de los conocimientos profesionales necesarios en relación con los métodos para inducir la muerte, consideramos que sólo un cooperador médico puede administrar la inyección o la poción letal al paciente que la haya solicitado, y debe poder hacerlo sin temor a represalias ni denuncias.

Respetamos el derecho del médico y del personal sanitario a negarse a participar en la administración de estas medicaciones terminales. Deseamos que la profesión médica informe a los pacientes de su derecho a cambiar de médico o de hospital, caso de ver denegada su petición de muerte ayudada. Instamos a que no se escatimen medios para que el enfermo terminal pueda ver satisfechas sus peticiones en orden al lugar y la hora de su muerte, y si por ejemplo solicita la presencia de sus familiares para que le consuelen en esa hora, que ese deseo sea respetado.

Admitimos que algunos podrían querer explotar ese derecho a la eutanasia voluntaria activa para lucrarse con los enfermos y dolientes, pero creemos en la posibilidad de promulgar disposiciones protectoras que eviten o en todo caso castiguen tales acciones.

Respetamos el derecho de los enfermos terminales que no deseen recurrir a la eutanasia ni precipitar el momento de su muerte. Pero afirmamos que la voluntad de quienes creen en el derecho a morir con dignidad debe ser respetada, y que al hacerlo damos testimonio y máxima expresión de compasión moral y beneficencia.

Firmantes:

Pieter Admiraal, médico anestesiólogo, Reinier de Graff Gasthuis.

Bonnie Bullough, decana de la escuela de Ayudantes Sanitarias, Universidad del Estado de Nueva York en Buffalo.
Vern Bullough, decano de la facultad de Ciencias Naturales y Sociales, Universidad del Estado de Nueva York en Buffalo.

Francis Crick, fisiólogo y premio Nobel, Saik Institute.

Albert Ellis, presidente del Institute for Rational Emotive Therapy.

Roy Fairfield, sociólogo, Union Graduate School.

Joseph Fletcher, profesor emérito de Ética Médica en la facultad de Medicina, Universidad de Virginia.

Peter Hare, presidente del departamen-

to de Filosofía, Universidad del Estado de Nueva York en Buffalo.

Sidney Hook, profesor emérito de Filosofía, Universidad de Nueva York.

Derek Humphrey, presidente y director general, National Hemlock Society.

Edna Ruth Johnson, jefa de redacción, Churchman's Human Quest.

Marvin Kohl, profesor de Filosofía, Universidad del Estado de Nueva York en Fredonia.

Helga Kuhse, directora adjunta, Monash University Centre for Human Bioethics.

Paul Kurtz, profesor de Filosofía, Universidad del Estado de Nueva York en Buffalo.

3.4. Revisión de las normas sobre la eutanasia: *Conclusiones de la British Medical Association (1983) sobre la Eutanasia*

La junta rectora de la BMA ha aprobado *The Euthanasia Report*, informe elaborado por una comisión de trabajo presidida por sir Henry Yellowlees. Reproducimos aquí las conclusiones del mismo.

Algunos pacientes consideran la muerte como la conclusión natural de los acontecimientos de su existencia; estas personas no desean adelantar ni retrasar el desenlace. Para ellas la muerte es un misterio, al que hay que acercarse con ecuanimidad. Estiman que la ciencia médica tiene sus límites y que no es adecuado que los médicos intervengan o se inmiscuyan en esas circunstancias.

Existe una distinción entre la intervención activa del médico para poner fin a la vida, y la decisión de no prolongar ésta (abstención de administrar tratamiento). En ambas categorías, se dan ocasiones en que el paciente solicitará una u otra línea de acción, y otras en que el paciente quizá podría hacerlo pero no lo hace; también puede darse el caso de que el paciente se encuentre incapacitado para decidir.

Toda intervención activa en el sentido de poner fin a la vida de otra persona debe seguir siendo ilegal. Ni los médi-

cos ni ninguna otra categoría profesional deben colocarse en categorías que rebajen el nivel de responsabilidad de sus actos.

En la práctica clínica se dan muchos casos en que será justo que el médico acceda a no prolongar la vida del paciente. Deben ofrecerse a los pacientes técnicas y cuidados médicos adecuados siempre que exista una buena posibilidad de prolongar la vida bajo las condiciones de calidad que ellos desean.

La autonomía del paciente es un aspecto crucial de la asistencia informada. Para el éxito en este sentido conviene que exista una relación de franqueza y confianza entre el médico y el paciente, de manera que sea posible la participación en las decisiones acerca de la enfermedad y su tratamiento. El médico debe entender que es el paciente quien autoriza el tratamiento y debe respetar tanto esa autorización como cualquier decisión que le retire el consentimiento. Pero la autonomía funciona en ambos sentidos; el paciente tiene derecho a declinar el tratamiento pero no, en cambio, el de exigir un tratamiento que el médico, en conciencia, no se estime en condiciones de dar. La intervención activa del médico para poner fin a la vida del paciente es, justamente, uno de esos "tratamientos". El paciente no puede y no debe exigir la colaboración del médico en su muerte. Y si hace tal petición debe tener presente que el médico se reserva el derecho de no aceptar.

Más importante que el debate sobre los límites de la autonomía, para los médicos y el personal que interviene en la atención a los pacientes, es la necesidad de comunicación con el enfermo terminal. Es preciso que el médico se halle en condiciones de detectar los temores del moribundo para hablar libremente de ellos y actuar en consecuencia, y que el paciente sepa que no va a verse abandonado y desvalido en ese trance. Sólo cuando esta comunicación y el tratamiento idóneo se convierten en norma podrá aspirar la sociedad a disipar las presiones de quienes pretenden

obligar al facultativo a que haga cosas que profesionalmente no puede admitir.

Cuando es un paciente joven y gravemente incapacitado el que solicita al médico que ponga término a su existencia se nos plantea uno de los más graves casos de conciencia, bien conocido en la práctica cotidiana de los centros asistenciales. Importa aconsejar a esa persona para restablecer su autoestima y contrarrestar la angustia que quizás haya suscitado en ella la sensación de desamor o de ser una carga o una molestia para quienes la rodean y de quienes depende totalmente. El desvalimiento físico pone en movimiento sutiles factores dinámicos que conducen al deseo de morir y desaconsejan una modificación drástica de la ley en el sentido que demandan estos pacientes.

Cualquier iniciativa en el sentido de despenalizar la terminación activa de la vida de los niños gravemente malformados amenaza consecuencias incalculables para la deontología médica en su estado presente. En algunas circunstancias, sin embargo, el médico puede juzgar correctamente que sería mayor crueldad el prolongar la vida de la criatura mediante el uso insensible de la tecnología clínica.

Este tipo de decisión exige una comunicación intensa entre los médicos, los padres y el resto del personal asistencial. Es imperativo que el médico se base en el criterio de procurar conservar y valorar una existencia que en ocasiones puede parecer indiana de ser vivida; y también que la decisión de suspender el tratamiento no suponga el retirar las atenciones a la criatura, en particular las que sean de orden susceptible de aliviar el padecimiento.

La gran mayoría de quienes sobreviven a un intento serio de suicidio no lo repiten, lo cual es indicio de que la decisión no había sido propiamente meditada. Las técnicas desarrolladas en Holanda privan de una oportunidad de reflexión a quienes solicitan la intervención del médico para que pongan fin a su vida.

Las declaraciones juradas prestadas con anterioridad en tal sentido no tienen fuerza legal en Inglaterra ni tampoco en Escocia, según nuestras informaciones; pueden constituir una orientación valiosa en cuanto a la voluntad de aquellas personas que hayan quedado incapacitadas para participar en las decisiones clínicas pero no deben considerarse inmutables, ni reconocérselas vigencia jurídica, sino que las tomaremos como demandas de atención, que deben ser respetadas e interpretadas con sensibilidad.

La arraigada adhesión de los códigos al principio de la intencionalidad es un punto de referencia importante para la valoración de cualquier acto. La decisión de suspender el tratamiento cuando éste se convierte en un agobio para el paciente sin beneficiarle en absoluto responde a una intencionalidad muy distinta que la acción de quitar deliberadamente la vida a una persona. Admitimos la administración de fármacos, aún sabiendo que puedan suponer un riesgo para la vida de la persona, si se trata de mitigar el dolor físico o psíquico.

Cualquier médico que se considere obligado en conciencia a intervenir para poner fin a la vida de una persona debe estar dispuesto a asumir todas las consecuencias del escrutinio que la autoridad judicial venga en disponer.

No debe cambiarse la ley: el acto de quitar la vida a una persona debe seguir siendo un delito; y esta conclusión no es sólo una subordinación del interés individual a una política social, sino una afirmación del valor supremo de la vida del individuo, por desvalorizada y desesperada que aparezca, incluso en la valoración del propio interesado.

4. EPÍLOGO

Como decíamos en la introducción es difícil establecer entre los límites de la ciencia médica y el respeto de lo que se ha dado en llamar muerte digna, frente a la lucha "humanizada" de poner al alcance del paciente todos los adelantos médicos para aliviar o curar la en-

fermedad, es necesario exigir un comportamiento ético que evite sufrimientos innecesarios y un acercamiento humano al hecho trascendental de la muerte, con la dignidad y el respeto que se merece.

Es por tanto necesario un esfuerzo de todos para reflexionar sobre estos temas, reflexión que nos conduzca a una aproximación respetuosa al hecho de morir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sherwin B. Nuland. "Como morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida". Alianza Editorial, 1995.
2. Lois Vincent Thomas. "La muerte". Paidós Studio, 1991.
3. M. Concha Ruiz. "Aspectos éticos y sociológicos de los trasplantes de órganos". Revista Derecho y Opinión. Universidad de Córdoba. Diciembre/1993, num. 1.
4. A. Ollero. "Derecho a la vida y derecho a la muerte". Documentos del Instituto de ciencias para la familia. Ediciones Rialp, 1994.
5. Robert M. Baird, S. E. Rosebarm. "Eutanasia: Los dilemas morales". Ediciones Alcor, 1992.
6. "Euthanasia: Conclusions of a BMA Working Party Set Up to Review the Association's Guidance on Euthanasia". British Medical Journal 296, 14 de mayo de 1983.