

SOBRE LA MUERTE DIGNA Y LA MORALIDAD DE LA
EUTANASIA: CÓMO UN ENFOQUE UTILITARISTA
ESTÁ CAMBIANDO NUESTRO PUNTO DE VISTA
SOBRE EL FINAL DE LA VIDA¹

MAURIZIO MORI

ABSTRACT

A change of attitude towards the final moment of life and the process of dying is being brought about in western societies. The result is that people are tending to demand the right to choose their own death. In this paper the author begins by analysing how medical vitalism has produced medical situations of «overtreatment». These cases of «overtreatment» and their consequences («infernal medical situations») have produced a rejection, not only of the vitalist imperative but also of the vitalist axiology, in favour of the «humanisation of death», a perspective defended by the Catholic Church and by various medical organizations. But if one reflects on the conceptual suppositions of the so-called «humanisation of death», one observes that this point of view not only suffers from complexities but that it is also insufficient to understand the «infernal medical situations» in which patients seek help to die. All this means that the author defends the morality of euthanasia (understood as a complementary conduct in the relief of pain), provided that it is carried out by wish of the patient, and in the context of an infernal medical situation.

* Versión castellana de Elías Pérez Sánchez

¹ Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de la Sociedad Iberoamericana de Estudios Utilitaristas celebrado en Santiago de Compostela del 25 al 28 de Septiembre de 1996. (Título original : «On dying with dignity and the morality of euthanasia : how a utilitarian view is changing our perspective on the end of life»).

1. INTRODUCCIÓN

En las sociedades occidentales hay una renovada atención hacia los momentos finales de la vida y el proceso del morir, con un cambio en las actitudes. En los años setenta, se empezó a criticar el que la muerte fuese una especie de tabú, es decir, algo de lo que no se podía hablar, y se reclamó una discusión abierta de estos temas. Ahora que podemos discutirlos, el resultado es que la gente parece reclamar el derecho a elegir su propia muerte y que «morir con dignidad» es un problema que se hace cada vez más relevante en nuestras discusiones. Es importante tratar de clarificar por qué ocurre esto y qué cuestiones están en litigio.

2. LOS ANTECEDENTES TRADICIONALES RELATIVOS A LA PRÁCTICA CLÍNICA: EL VITALISMO MÉDICO

Para comprender las razones que subyacen al cambio de actitudes actual, podemos comenzar por examinar la actitud tradicional hacia la muerte, por ser el antecedente de varias posturas que están surgiendo. Podemos empezar citando unas palabras de Augusto Murri, un eminente médico muy influyente en el desarrollo de la medicina italiana, que escribió a principios de siglo:

«Nosotros (los médicos) somos como el capitán de un barco que se hunde: mientras la punta del mástil esté por encima del nivel del agua, tratamos de hacer todo lo posible para mantener la bandera ondeando alta... Hay un juramento callado, pero sagrado entre nosotros y el enfermo: hasta el ultimísimo aliento, lucharemos por rescatarlo de la muerte».

Ideas similares sostenía Paul Voivenal, un médico francés que escribió en los años treinta lo siguiente:

«Aunque la muerte es necesaria para la vida, un médico no puede tener ninguna duda sobre la obligación de curar hasta el último instante la llama que se extingue. Mi amigo Campagnou dijo una vez: 'Yo creo que un paciente está perdido sólo cuando su abdomen ya está verde, y actuando conforme a esto fui capaz de rescatar a muchos que se habrían ido si yo no hubiera persistido insistentemente contra lo que parecía imposible.'»

Por último, otra cita de Luigi Ferrarini, que, a finales de los años treinta escribió que:

«Un médico tiene una fuerte obligación de no abandonar nunca a las personas enfermas mientras están vivas y tiene el deber de usar siempre todos los recursos profesionales para reavivar la llama debilitada...Para nosotros la muerte es el enemigo irreconciliable, y estamos aquí para combatirla en todo momento.»

Creo que estas tres citas expresan adecuadamente el meollo del llamado *vitalismo médico*, es decir, la postura que dice que la vida biológica es buena y la muerte es siempre el peor mal. En este sentido, el imperativo vitalista sostiene que la primera y suprema obligación de todo médico es hacer todo lo posible por prolongar la vida y posponer la muerte.

Yo creo que en el pasado tal imperativo pudo haber estado justificado, porque hasta hace unas pocas décadas las circunstancias en que se producía la muerte de una persona se distinguían por las características siguientes:

- A) La muerte era en la mayor parte de los casos un *evento prematuro*, puesto que se llevaba a personas jóvenes, en el sentido de que podrían haber vivido en buenas condiciones un período de tiempo más largo;
- B) La muerte era en gran medida *impredecible e imprevista*, ya que se carecía de un diagnóstico fiable (con el efecto de numerosas recuperaciones milagrosas);
- C) La muerte era muy *rápida* y el proceso del morir muy breve, hasta el punto de que la agonía duraba a menudo unos días como mucho;
- D) La muerte era *inaplazable*, puesto que no éramos capaces de mantener el proceso vital.

En tales circunstancias, ciertamente la muerte era el peor mal si se comparaba con la vida, que solía ser una «buena vida» (en el sentido de tener un estado de ánimo positivo). Cuando la situación empeoraba y el dolor superaba a los placeres normales de la vida de modo que el balance se volvía negativo, la muerte se producía de un modo bastante inmediato. En tales circunstancias, caracterizadas por la ignorancia y la incapacidad técnica, era razonable tantear cualquier otra posibilidad, porque si el intento tenía éxito, el logro era ciertamente positivo : un enfermo todavía joven podía

ser salvado y, por tanto, alcanzar nuevas oportunidades de una buena vida. Si el intento hubiera fallado, entonces la situación no sería demasiado diferente de una «situación natural» (es decir, de la no intervención).

Sin embargo, ¿es todavía posible sostener el vitalismo médico hoy en día, cuando la medicina ha transformado por completo las circunstancias de la muerte? ¿Podemos decir hoy que la muerte es un enemigo irreconciliable que hay que combatir en todo momento? Partiendo de estas preguntas podemos examinar nuestro problema.

3. EL «SOBRETREATAMIENTO» (= «OVERTREATMENT») Y LA NEGACIÓN DEL VITALISMO MÉDICO

A mediados de la década de los setenta, de modo bastante súbito en muchas sociedades occidentales, surgió la necesidad de un análisis crítico del vitalismo médico. Las agonías del general Franco en España (1975) y de Tito en Yugoslavia (1980), impactaron a la opinión pública mostrando dramáticamente el modo en que habían cambiado las circunstancias de la muerte en el transcurso de unos pocos años. En ambos casos los pacientes eran muy ancianos, por lo que la muerte no era *prematura*. Las nuevas posibilidades de alcanzar diagnósticos fiables permitieron un diagnóstico preciso, por tanto la muerte ya no era *imprevista* ni *impredecible*. Por último, el proceso de la muerte no era *breve* como solía ocurrir en el pasado, puesto que las técnicas médicas permitían *retrasar* la muerte por un período de tiempo ilimitado.

Las agonías de Franco y de Tito mostraron claramente al mundo que en las nuevas circunstancias el imperativo vitalista podía dar lugar a lo que en italiano se llama «accanimento terapeutico» (obstinación terapéutica) o *sobretreatamiento*, esto es: una acción que prolonga la vida y con ella una situación de profundo y persistente (e inútil) sufrimiento. Mientras que cualquier intervención terapéutica en situación no terminal es siempre buena, en una situación terminal da como resultado un perjuicio o un mal para el paciente, ya que tan sólo incrementa su sufrimiento. Desde que la gente se dio cuenta de esta nueva paradoja creada por la tecnología médica, el rechazo al sobretreatamiento y al vitalismo médico fue unánime.

Los teólogos morales se han dado mucha prisa en abandonar (y condenar) el vitalismo médico, distinguiendo entre medios *ordinarios* y *extraordinarios* y diciendo que no existe obligación de hacer todo lo que sea posible para prolongar la vida, sino que los médicos deberían aplicar solamente los medios proporcionados. Por lo tanto, algunas veces es lícito (e incluso obligatorio) abstenerse de realizar una intervención desproporcionada y dejar así morir al paciente.

Aunque existe un acuerdo casi unánime en el rechazo al vitalismo médico, parece importante señalar dos consecuencias conceptualmente relevantes que se derivan de tal rechazo. En primer lugar, el rechazo del sobretratamiento implica el reconocimiento de una diferencia esencial entre *dolor terminal* y *dolor propio* de la vida (= «pain within life»). Esta última clase de dolor es algo «negativo», puesto que sería mejor no tenerlo (concebimos el paraíso como un estado sin dolor), pero tiene sentido y utilidad ya que estimula al individuo a intentar salir de tan incómoda situación para entrar en una nueva que se espera mejor y ofrece una compensación del dolor previo. En cierto sentido, incluso podríamos decir que una cantidad de dolor *propio* de la vida es «bueno», y es una especie de «sal de la vida», es decir, el precio que uno ha de pagar para lograr una determinada meta que ofrece la esperanza de la compensación. Pero el dolor terminal —por definición— no puede proporcionar tal esperanza y no ofrece la posibilidad de ninguna compensación: cuando ya sabemos que lo que resta de vida puede ofrecer solamente un intenso dolor, entonces está claro que ese dolor no tiene sentido, es inútil y contrario a la dignidad de la persona. Es posible que unos pocos santos o héroes sean capaces de dar sentido incluso al dolor terminal, pero esto es un logro difícil para las personas normales. De hecho, la mayoría de la gente ve el sobretratamiento como una especie de crueldad inútil (causada por errores técnicos o por falta de consideración moral) y lo temen con angustia. Además, la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios es evidencia de que el dolor terminal debería ser aliviado en la medida de lo posible incluso en la agonía natural.

En segundo lugar, el rechazo del sobretratamiento implica un rechazo no sólo al imperativo vitalista, sino además a la axiología vitalista; es porque no es cierto que la vida sea siempre buena y la muerte sea el peor de los males por lo que no existe una obligación de hacer todo lo que sea posible. (Tal vez) fue aceptable una axiología vitalista en el pasado cuando la vida biológica presentaba casi siempre una «calidad de vida» digna. Pero ahora está claro

que la vida no es buena en sí misma, sino por los contenidos positivos que puede ofrecer; cuando sólo puede ofrecer contenidos negativos (como el dolor persistente sin esperanza de remisión) entonces la vida ocasiona una situación que es peor que la muerte, que se caracteriza como ausencia de sufrimiento (en términos numéricos, la muerte es equivalente a «cero», mientras que la otra situación es «-a», siendo «a» un número diferente de cero). Yo llamo «*situación infernal*» a esa situación que sabemos que implica un dolor terminal persistente e irremisible, de modo que para el paciente es mejor no existir (morir) que continuar vivo en tal estado. El sobretratamiento es una acción médica que da lugar a una situación infernal y por esta razón es ilícito : tal acción viola el principio de beneficencia, infligiendo al paciente un sufrimiento injustificado.

Esta nueva situación nos obliga a revisar la axiología vitalista tradicional: mientras que en el pasado podíamos decir que la muerte era el peor mal comparado con las situaciones «normales» de la vida, hoy en día tal situación ya no está garantizada, puesto que encontramos frecuentes casos en los que la muerte es buena si se compara con la situación infernal producida por el sobretratamiento. Por esta razón, hoy en día se rechaza el vitalismo médico. Hemos de tomar en consideración este aspecto para entender los dos puntos de vista enfrentados que pretenden ofrecer la solución correcta en lo relativo al fin de la vida.

3. EL PRIMER PUNTO DE VISTA: LA LLAMADA «HUMANIZACIÓN DE LA MUERTE»

Habiendo rechazado el vitalismo médico, los defensores de la llamada «humanización de la muerte» sostienen que el morir con dignidad está garantizado para las personas solamente si se cumplen las dos condiciones siguientes:

- a) que no se produzca el sobretratamiento y se deje obrar a la naturaleza, de modo que se lleve a cabo una muerte natural, y
- b) la existencia de un entorno solidario que ayude al paciente en su último viaje, sin barreras técnicas que retarden ni aceleren el proceso natural de la muerte.

Esta postura la mantienen actualmente la mayoría de las organizaciones médicas y la Iglesia Católica : sus seguidores sostienen que reemplaza al viejo y caduco vitalismo que exigía tratamiento médico en todos los casos.

Desde un punto de vista conceptual, esta postura que apoya la humanización de la muerte está justificada por las dos asunciones siguientes:

- a) Existe una *diferencia esencial (lógica)* entre «hacer» y «dejar que ocurra», es decir, entre «matar» y «dejar morir». Tal diferencia depende de las diferentes relaciones causales que intervienen: cuando se mata, la causa de la muerte depende de la acción humana, mientras que cuando se deja morir, tal causa depende de una enfermedad previa (lo que se llama la «acción de la naturaleza») y el hombre sólo deja que la naturaleza siga su curso.
- b) Tal distinción lógica entre matar y dejar morir es *moralmente significativa*, porque es lícito dejar morir a las personas, pero ilícito matarlas. Cuando la «agonía natural» es dolorosa, es lícito aliviar el dolor, pero nunca proponiéndose la muerte. Toda petición de ser ayudado a morir hecha por los pacientes terminales ha de ser interpretada como una petición de más benevolencia y solidaridad, pero nunca como una verdadera elección de que se les dé muerte. En este sentido, se alaba la medicina paliativa por su contribución al alivio del dolor terminal, y la idea es que ulteriores avances en esa disciplina permitan resolver cualquier tipo de problema sin tener que recurrir a la muerte.

Yo estoy de acuerdo en que la medicina paliativa es una rama de la medicina que resulta positiva y, a la vez, bienvenida, pero dudo que sea capaz de resolver cualquier problema relativo a la muerte digna. Aun cuando se evite sabiamente el sobretratamiento, en ocasiones la naturaleza es tan cruel que pone a algunos pacientes en una situación infernal. No sabemos con exactitud si en el futuro tales «patologías naturales infernales» irán a menos o a más, pero sí sabemos que algunas veces se producen. Incluso la idea de que las peticiones de ser ayudado a morir deban ser siempre interpretadas como una petición de otra cosa (como más atención, etc.) parece excesiva. Por supuesto que estarán establecidos ciertos procedimientos efectivos para determinar cuándo

alguien dice algo sólo porque se encuentra en un estado transitorio de depresión, pero no podemos asumir que tal petición *nunca* sea lo que el paciente realmente quiere, y esto si consideramos que se encuentra en la situación infernal o acercándose a ella de modo que no tiene muchas posibilidades de elección.

En pocas palabras: la medicina paliativa es ciertamente una gran contribución al alivio del dolor, pero no podemos asumir que sea la solución a todas las dificultades en caso de enfermedad terminal. En algunos casos puede que la medicina paliativa sea incapaz de facilitar una muerte digna y para garantizarla necesitamos un paso más: recurrir a la *eutanasia*, es decir, a una acción (u omisión) que ocasione la muerte de una persona que está en la situación infernal y solicita ser ayudada a salir de esa situación. Y así llegamos al otro punto de vista en relación con la muerte digna.

4. EL SEGUNDO PUNTO DE VISTA: LA DEFENSA DE LA EUTANASIA

Está claro que una petición de eutanasia es el último recurso al que se ve llevado un paciente. Tal petición depende del hecho de que –habiendo evitado el sobretratamiento y habiendo recibido cuidados paliativos– algunas veces la naturaleza es tan cruel como para poner al paciente en la situación infernal. Puede que estos casos sean raros (este es un problema empírico que ha de examinarse por separado), pero ésta es la fuente de la eutanasia como problema moral; no habría problema en torno a la eutanasia si la muerte llegase sin dolor y con inmediatez. La situación humana no es tan afortunada, y a veces la naturaleza no es lo generosa que sería de desear, y en estos casos la eutanasia es la única ratio que se nos abre tras el fracaso de otras soluciones terapéuticas. A causa de ese fracaso no hemos podido evitarle al paciente la situación infernal y éste solicita una última ayuda. He aquí las dos condiciones que justifican la eutanasia: la situación infernal y la petición del paciente. En este sentido la eutanasia no es una *alternativa* al tratamiento médico paliativo, sino que es *complementaria* a la paliación. Primero tratamos de aliviar el dolor mediante la paliación y si esa alternativa tiene éxito, el problema está resuelto. Cuando falla la paliación, entonces puede solicitarse la eutanasia, siendo la única manera disponible de evitar la situación infernal.

Este paso adelante favoreciendo la eutanasia está justificado por el hecho de que las dos asunciones de la humanización de la muerte son muy poco plausibles. En realidad, la distinción entre matar y dejar morir es tan confusa y poco clara que ya casi no existe. Estaba clara cuando la capacidad humana para intervenir en la naturaleza biológica era limitada y débil, porque en esas condiciones se podía distinguir entre la «acción del hombre» y la «acción de la naturaleza». Pero hoy que podemos mantener a las personas con vida, el inhibirse de hacer algo puede equivaler a ocasionar una muerte; en este sentido, si dejar morir es lícito, entonces incluso matar debería ser lícito (al menos en algunas circunstancias).

Pero no quiero recalcar aquí el escaso interés de la distinción lógica, ya que pretendo hacer ver que incluso si existe tal distinción, es *moralmente irrelevante* y que una reivindicación tan crucial en favor de la humanización de la muerte ha de ser abandonada. Es ciertamente irrelevante en el caso de un paciente no terminal que pueda ser salvado con facilidad : si Joe es un joven de treinta y tantos años y es necesario extirparle el apéndice, entonces el no hacerlo y dejar que la naturaleza siga su curso es equivalente a matarlo. El hecho de que estemos ante una situación terminal puede suponer una diferencia y por lo tanto es útil examinar el problema con más cuidado estudiando un ejemplo diferente. Asumamos que John (un joven de treinta y tantos años) tiene un cáncer con un pronóstico de doce meses de sufrimiento y enferma de neumonía. La neumonía puede curarse fácilmente, pero en su caso, curarla sería una forma de sobretratamiento que pondría a John en la situación infernal y, por lo tanto, podemos dejar que la naturaleza siga su curso y dé lugar a la muerte de John (evitándole el dolor de la situación infernal).

El caso anterior muestra claramente cómo la distinción entre hacer y dejar que ocurra se ve oscurecida por la creciente capacidad humana para controlar los procesos vitales y que en un caso así la única distinción depende de la «intención» de la persona, es decir, de algo que es altamente subjetivo. Es cierto que la muerte de John *ha sido causada* por la neumonía, pero tal evento podría haber sido aplazado fácilmente y en este sentido se puede decir que la neumonía («la naturaleza») ha sido usada para resolver una situación difícil.

Pero asumamos que la distinción «hacer /dejar que ocurra» sigue siendo válida : tenemos que admitir que la neumonía fue una gran suerte para John al ahorrarle once meses de situación infernal. Si esto es cierto, ¿qué decir de tantas personas que no tie-

nen la suerte de verse afectadas por una neumonía que ponga fin a su vida sin dolor? Posiblemente tales pacientes son sólo unos pocos, pero existen: ¿qué podemos hacer con ellos? En tales casos la paliación ya se ha mostrado inadecuada, y dejar que la naturaleza siga su curso es equivalente a dejar que el paciente entre en la situación infernal. Pero una situación infernal es mala por igual (infernal) cuando la causa la acción humana que cuando la causa la naturaleza. Así pues, si hay obligación moral de evitar la situación infernal causada por el sobretratamiento, hay una obligación equivalente por lo que respecta a la acción de la naturaleza. Por esta razón, aun cuando conceptualmente la distinción entre el matar y el dejar morir pudiera seguir siendo válida, moralmente es irrelevante: la misma razón que justifica nuestra obligación de no tratar a los pacientes para evitar una situación infernal artificialmente creada, justifica nuestra obligación de ayudar a los pacientes a morir para evitarles una situación infernal creada de un modo natural.

He esbozado una argumentación que muestra que, una vez rechazado el vitalismo médico, estamos obligados a admitir la moralidad de la eutanasia en cualquier caso en que haya una situación infernal y el paciente quiera que le ayuden a morir.