

DILEMAS ACTUALES DE LA ETICA MEDICA ANTE OPCIONES VIDA-MUERTE

Diego Gracia Guillén

Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 3. (1994) p. 143-154
ISSN: 1133-5661
Donostia: Eusko Ikaskuntza

Este trabajo plantea cuestiones acerca de la bioética, y concretamente estudia las decisiones a tomar en situaciones terminales de la vida. Hay una reflexión del término deshaucio, ya desaparecido, por las actuales situaciones críticas en las que el médico está presente y actúa. Se habla del principio de no maleficencia, del encamizamiento terapéutico, del concepto de muerte cerebral, del principio ético de justicia y del principio de autonomía. En fin, se concluye, haciendo referencia a la eutanasia.

Lan honek bioetikaren inguruko arazoak planteatzen ditu eta, zehazki, biziaren amaierako egoerei buruzko erabakiak aztertzen ditu. Dagoeneko desagertu den "deshaucio" hitzaz egiten da gogoeta eta egun medikua presente dagoen eta esku harizen duen egoera kritikoez dihardu. Gaitz ez egiteko printzipioa, oldarrezko terapeutika, buruheriotza, justizioaren printzipio etikoa, autonomiaren printzipioa dira hemengo gogoetagaiak. Amaitzeko, azkenean, eutanasia aipatzen da.

This work looks at questions of bioethics, and in particular the decisions to be taken in terminal life situations. It includes a reflection on the term "hopeless", which is no longer used, on current critical situations where the doctor is present and takes action. It mentions the principle of non-maleficence, of therapeutic savageness, the concept of brain death, the ethical principle of justice and the principle of autonomy. In short, it concludes by making reference to euthanasia.

El Profesor D. Diego Gracia Guillén ha hecho el esfuerzo de venir desde Madrid para estar con nosotros unas horas, que esperamos sean gratas, y ofrecemos una disertación sobre el tema de la ética médica o bioética, siendo sin disputa uno de sus más eminentes cultivadores en toda la anchura del planeta, en palabras de su maestro D. Pedro Laín. Muchos de ustedes conocen bien al Profesor Diego Gracia, pero un deber de cortesía con el que viene de fuera es presentarlo debidamente a la Ciudad donde llega, y por ello voy a sintetizar brevemente su dilatado y valioso curriculum académico.

Al Profesor Diego Gracia se le puede encuadrar bajo cuatro disciplinas: Historia de la Medicina, Teoría de la Medicina y Antropología, Bioética y Filosofía. Discípulo de D. Pedro Laín Entralgo, ahí tienen su aportación a la Historia de la Medicina, regentando la Cátedra de esta disciplina en la Complutense de Madrid. Diego Gracia comenzó con la Historia de la Medicina y desde ella ha alcanzado otros saberes. Ha enriquecido esta disciplina con aportaciones importantes sobre aspectos de la Medicina Griega: Análisis del Juramento Hipocrático, o de la obra biológica de Aristóteles; asimismo, ha estudiado capítulos de la Medicina Medieval: El Isagogue de Ioannitius, el Aberroismo, cuestiones del canon de Avicena, la obra de Maimónides, etc., y también ha abordado aspectos de la Historia de la Medicina Moderna: el pensamiento de Servet, la obra de Alfonso Chirino, la herencia de Cajal, la obra de Marañón, etc., etc..

Su preocupación por estudiar la relación entre medicina y antropología le ha llevado a publicar obras acerca de la Historia de la Antropología y la Antropología Médica. Como dice Laín, "Diego Gracia ofrece al médico una visión filosófica y científica de la particular realidad que al médico más básicamente importa, la del hombre, apta para entender como eventos real y verdaderamente humanos, no sólo como hechos de orden físico-químico, la enfermedad, la curación y la muerte del enfermo".

Diego Gracia es, asimismo, selecto filósofo, preclaro discípulo y seguidor de Xavier Zubiri

De su producción filosófica sólo mencionaré su espléndido libro "Voluntad de verdad. Para leer a Zubiri". Se ocupa en la actualidad, desde Madrid, en la Fundación Zubiri, colaborando con D^a Carmen Castro, esposa de Zubiri, en la publicación de los textos inéditos del gran pensador donostiarra.

Y la última faceta que quiero destacar del profesor Diego Gracia, y es la que le trae hoy a San Sebastián, es su decisiva contribución a la introducción de la bioética en nuestro País. Desde 1983 se ha ocupado casi exclusivamente de este tema; así lo demuestran sus publicaciones: "Los orígenes de la ética médica", "Ética de la calidad de vida", "Los derechos de los enfermos", "Religión medici", "Introducción a la Bioética", "Fundamentos de Bioética", etc., Diego Gracia lleva a cabo una gran labor de formación en este campo desde su máster de bioética en Madrid, al que acuden también docentes de la Universidad del País Vasco. En suma, y citando de nuevo a Laín, "Diego Gracia es un médico que desde la Historia de la Medicina, la bioética y el pensamiento filosófico, con creciente prestigio internacional, sabe pensar y trabajar a la altura de nuestro tiempo".

José M^a Urkia

1. Presentación de Jose M^a Urkia Etxabe en el II Curso de Humanidades Médicas. Donostia, 1992.

Excmo. Sr. Vicerrector, Ilmo. Sr. Presidente del Colegio de Médicos de Gipuzkoa, queridos compañeros y amigos:

Tengo que comenzar dando las gracias en primer lugar a las personas que han tomado la palabra antes que yo, y sobre todo a José Mari Urkia y a Germán Tamayo por lo que han dicho, que lo único que demuestra es que estoy entre amigos, y así me siento y se lo agradezco de todo corazón.

No quiero pasar de media hora en mi exposición, a pesar de que el tema es tan enormemente amplio que me va a ser difícil contenerme; en cualquier caso a la media hora cortaré, creo que es mucho más interesante el coloquio que se pueda abrir al final, y esta exposición que voy a hacer no tiene otro objetivo que abrir el coloquio. Es decir, plantear cuestiones que después puedan ser debatidas entre todos nosotros.

El tema, como ustedes saben, es el de los dilemas actuales de la ética médica ante las opciones vida-muerte. El tema es amplio, porque toda la ética médica son opciones vida-muerte, y por tanto habría que hablar de toda la ética médica, o si ustedes quieren de toda la bioética. La palabra bioética es un neologismo, no sólo en español sino también en inglés. A lo que parece, la primera vez que se utilizó fue en el año 1970, y no se sabe muy bien lo que significa porque los términos se van definiendo poco a poco, con el uso y con el contenido que se les da, pero en cualquier caso si algo significa es ética de la vida, y por tanto también ética de la muerte. Habría que decir que toda la bioética son las opciones vida-muerte o los dilemas vida-muerte. Entonces, yo voy a restringir un poco más el ámbito, porque si fuera tan amplio difícilmente lo podría abordar, y lo voy a restringir al campo que yo creo que está más directamente aludido por el título, que es el de la toma de decisiones en las situaciones terminales de la vida. Es decir, probablemente es lo que más se ha querido decir con el título y por tanto me voy a reducir a ello. Opciones que, como el profesor Tamayo decía hace un momento, hoy son muy frecuentes. Algunos de ustedes son muy jóvenes, otros no tanto, y éstos recordarán perfectamente como hasta hace 20 ó 30 años la medicina tenía una especie de rito perfectamente establecido que era el rito del desahucio, de tal manera que había enfermos desahuciados y cuando el médico desahuciaba a una persona solía decir a la familia: "mire usted, la ciencia o la medicina ya no tiene nada que hacer en esta situación"; el médico hacía un discreto mutis por el foro, o al menos pasaba a un segundo lugar, dejaba la delantera al notario y al sacerdote, y hacía un simple control de síntomas cuando era necesario: dolor, hemorragias, etc.. De algún modo habría que decir que la medicina nunca ha estado presente en los momentos finales de la vida de las personas.

Es una generalización quizá excesiva, pero como generalización creo que es cierta. Realmente los médicos tradicionales no han asistido más que a la muerte de sus familiares y a la muerte de sus amigos muy cercanos. Y cuando el médico era médico de una comunidad en la que todo el mundo era casi familiar y amigo pues sí, evidentemente asistía a casi todos. Pero en cualquier caso la muerte y la medicina habría que decir que no se han llevado muy bien. "El médico era médico de vivos, no médico de muertos", y todas estas cosas están en la literatura clásica. Ahora, fíjense que desde hace veintitantos años, desde el año sesenta, cuando comienzan por ejemplo los aparatos de diálisis renal que comienzan el año sesenta, y cuando comienzan a crearse las llamadas Unidades de Cuidados Intensivos o las Unidades de Vigilancia Intensiva, entonces comienza la *medicalización del proceso del morir*, llamémosle así. Si se quiere una expresión más dura la *medicalización de la muerte*. Es decir, el médico comienza a no hacer mutis por el foro en las situaciones terminales de la

vida y también empieza a tener que tomar decisiones cada vez más graves. ¿Hay que reanimar a un paciente o no hay que reanimarlo? ¿Se le pueden quitar los riñones para trasplantarlos a otro paciente o no se pueden trasplantar los riñones? En fin, ¿las situaciones de estado vegetativo persistente hay que mantenerlas indefinidamente...? Se puede llevar la situación a puntos donde ya no esté tan clara la respuesta.

Por ejemplo, las personas en estado vegetativo persistente se alimentan por sonda o venoclisis, se alimentan parenteral o enteramente, pero siempre de modo artificial, mediante procedimientos que no son los naturales ya que aunque algunas de ellas son capaces de deglutir, tienen el reflejo de deglución, hay una gran probabilidad de que acaben teniendo encharcamientos pulmonares, graves infecciones pulmonares y por tanto neumonías si no se tiene mucho cuidado con el modo de alimentación que se les da. ¿Es necesario seguir alimentando por sonda a una persona durante diez años o durante treinta y tantos, que es la persona que más ha vivido en esa situación? De hecho, la realidad nos sitúa ante decisiones en las que es difícil saber lo que hay que hacer. En cualquier caso, a la teoría clásica del desahucio, de la que ya no se oye hablar, y no se oye hablar porque ya no se puede hablar de ella, a la propia palabra desahucio han venido a sustituir otros términos y así desde hace unos veinte años, no más, se habla de enfermos críticos, de enfermos críticos reversibles o irreversibles, pero no se habla de enfermos desahuciados. Es curioso —y permítanme un inciso—, que la palabra desahuciado no existe más que en portugués y en español; los médicos americanos nunca han desahuciado a sus pacientes. Yo he hecho una pequeña indagación con resultados muy curiosos: la palabra *auciar* existe en el diccionario de la Real Academia, pero es un arcaísmo total, es un término que se utilizaba en el siglo XVI con el sentido de confiar, tener confianza o fe en que algo va a salir, mientras que un desahuciado es aquella persona cuya situación es tan comprometida que no se tiene ninguna confianza en que lo que se hace vaya a servir para algo. Pero, en fin, este arcaísmo no existe en otros idiomas, con lo cual las expresiones *enfermos terminales* y *enfermos críticos reversibles o irreversibles* nos han venido de fuera; es decir lo que ha sustituido en el lenguaje médico este arcaísmo son anglicismos, palabras derivadas directamente de la terminología inglesa.

En cualquier caso, sí es viejo en medicina el distinguir entre dos tipos de terminación de la enfermedad. Desde el tiempo de los hipocráticos, desde el siglo V a.C., y esto viene en todos los tratados de patología general, se distingue entre la terminación por crisis y la terminación por lisis. Hay enfermedades que acaban por crisis, acaban bruscamente, y que pueden acabar bien o mal, es decir hay crisis positivas y hay crisis negativas. Las crisis negativas conducen directamente a la muerte, las crisis positivas conducen a la curación. Todavía recordarán ustedes cuando se decía “la enfermedad ha hecho crisis”, lo cual es un galicismo, pero en cualquier caso ha hecho crisis y el niño inmediatamente está bien, le desaparece la fiebre que era de 40º, baja a 37 en un día y el niño empieza a correr, ha hecho crisis la enfermedad... Hay otras veces que hace crisis al revés pero en fin, es el cambio brusco del sentido de la enfermedad. Y hay enfermos críticos, es decir, hay enfermos que si no se les asiste la situación es crítica, ha hecho crisis su biología de tal manera que se mueren.

Yo siempre pongo un ejemplo paradigmático de lo que es una situación crítica en medicina, que es uno de los tipos de decisiones vida-muerte, como ahora veremos. En la Vuelta Ciclista a España de hace tres o cuatro años, hubo una de estas cosas que suceden tantas veces, que chocan varios ciclistas y se caen, y uno de ellos al caer tuvo una parada cardíaca, cosa también relativamente comprensible, no digo normal, pero sí comprensible en una situación como la de esas personas; tuvo una parada cardíaca, es decir, aquel sujeto de

acuerdo con la definición de muerte cardio-pulmonar, estaba muerto. Esa es una situación crítica, es decir, aquel hombre había pasado de estar bien, de estar vivo, a estar muerto, más o menos muerto pues luego veremos que no estaba muerto, en un momento. En la televisión se vio muy bien como inmediatamente llegó un enfermero, un reanimador, y le reanimó y le sacó de la parada cardíaca. Naturalmente, no pudo volver a coger la bici pero ahí anda y es un corredor y es un hombre que vive perfectamente. Si a esa persona no se le hubiera reanimado en ese momento evidentemente a los pocos minutos estaría muerta y se certificaría la defunción de ese ciclista. Esa es una situación crítica típica. Hoy es muy frecuente en medicina encontrarse en situaciones de esas. ¿Cuáles son nuestras obligaciones ante las situaciones críticas reversibles como era esa? A poco que pensemos diremos: “¡Todas! Es una barbaridad no reanimar a un señor que estaba bien, que ha entrado en crisis, que está en parada cardíaca y se le puede sacar y devolver a la vida, normalmente”.

Los enfermos críticos se incluyen en un tipo de situación vida-muerte y exigen la toma de decisiones vida-muerte, pero es un tipo digamos muy agradecido. Es un tipo agradecido porque se puede restituir el estado de salud con intervenciones hoy muy afectivas y relativamente sencillas aunque sean las que están en una Unidad de Cuidados Intensivos. De hecho, las Unidades de Cuidados Intensivos están para eso, es decir, para atender pacientes críticos reversibles.

La situación contraria es la de los enfermos que hacen lisis, los enfermos que se van muriendo poco a poco, no en un momento sino de acuerdo con un proceso que ha sido largo y tiene una historia. Piensan ustedes en un paciente oncológico que ha ido siendo tratado, ha respondido al tratamiento, pero al final llega a una situación en la cual la enfermedad no es ya atajable y por lo tanto está entrando en la fase final de su vida. Ese no es un enfermo crítico, es un enfermo terminal, la enfermedad ahí está haciendo lisis, está diluyendo, destrozando la vida del paciente pero poco a poco. ¿Nuestras obligaciones morales con los enfermos en situación terminal son las mismas que nuestras obligaciones morales con los enfermos en situación crítica? Por ejemplo, ¿a todos los pacientes terminales hay que meterlos en una Unidad de Cuidados Intensivos o a enchufarlos a un respirador o hacerles diálisis renal en cuanto tengan una insuficiencia renal, o reanimarlos cuando tienen una parada cardíaca? ¿Reanimaríamos a un paciente oncológico claramente terminal cuando se le parara el corazón como reanimamos al ciclista que se rompió la crisma al caer de la bici? Probablemente ustedes dirían que no, que la situación es distinta. Bueno, aquí quería llegar.

Bien, las situaciones son muy distintas todas y entonces la bioética lo que intenta es comenzar siempre por el análisis muy detallado de las situaciones, hay que conocer muy bien el caso y darse cuenta de que la propia realidad biológica de los pacientes muchas veces orienta la respuesta que hay que dar, cómo resolver el conflicto o el dilema vida-muerte. Y entonces hay un principio básico en ética que es el principio rector de la ética médica, que se llama el *principio de no maleficencia*, y que podríamos formularlo así: nuestras obligaciones morales para con los sujetos dependen de la propia realidad biológica de esos sujetos. Es decir, según la realidad biológica del sujeto, tenemos unas obligaciones u otras. Con el ciclista que se ha caído de la bici tenemos unas obligaciones distintas a las que tenemos con el paciente oncológico en fase terminal. Y habría que preguntarse: ¿y por qué?, ¿no estamos discriminando a la gente? Bueno, porque la propia realidad biológica de los pacientes define nuestras obligaciones morales hasta un cierto punto, obviamente, pero este es un factor que hay que tener en cuenta. Entonces, una cosa que ha habido que hacer en estos últimos veinte años en medicina, en que como la medicina estaba mucho más presente en las situaciones del periodo final de la vida que antes y conoce mucho mejor que antes

lo que se puede hacer y cuál es la realidad biológica de los pacientes en esa situación, la medicina ha tenido que tipificar las diferentes situaciones biológicas de los pacientes en ese periodo a fin de que, de esa manera, podamos definir qué es lo que está médicamente indicado y por tanto qué es lo que atenta o no atenta contra el *principio de no maleficencia*.

Me parece que era el profesor Tamayo el que aludía al tema del encarnizamiento terapéutico. ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? Hacer con un paciente cosas que no se deben hacer, entre otras cosas porque no están indicadas, de acuerdo con la realidad biológica de ese paciente en ese momento. Y eso no es que sea sólo médicamente contraindicado, sino que es éticamente malo. Es decir, descuartizar a un paciente cuando se está muriendo y no tiene más remedio que morirse, no dejar morir a los pacientes evidentemente es inhumano, es inmoral, además de ser médicamente incorrecto estar utilizando procedimientos que están creados para otras situaciones de un modo no-indicado y a veces claramente contraindicado.

Con esto quiero que quede claro una cosa y es que los dilemas vida-muerte sobre todo en el período final de la vida son muchos, pero tenemos algunos modos de enfocarlos. Uno de ellos es partiendo de la propia realidad biológica y dándonos cuenta que la propia realidad biológica define de algún modo o determina nuestras obligaciones morales para con ellos. Por ejemplo, hagamos una especie de continuo entre el hombre sano en situación normal y la persona que ha muerto, es decir, los dos extremos de la vida humana; en medio podríamos ir poniendo situaciones que ya hemos descrito, la situación del enfermo crítico, la situación del estado terminal, situaciones que no son ni críticas ni terminales, antes hemos hablado del estado vegetativo persistente -no es una situación crítica, es todo lo contrario menos crítica, dura años, y tampoco es una situación terminal, porque, claro, si no ponemos un coto a la frase "enfermo terminal" habría que decir que todos desde el momento en que nacemos somos terminales, porque más tarde o más temprano todos vamos a morir. El período de la enfermedad terminal dura lo más seis meses, en una patología que va a acabar con la vida del paciente en un período relativamente breve de tiempo, de días, semanas o al menos meses, pero una persona en estado vegetativo persistente no es un terminal-. Podemos poner más allá del paciente terminal, el paciente que está en muerte cerebral que es otra cosa que ha habido que crear en estos años: la definición de muerte cerebral no existía hasta el año sesenta y tantos. ¿Nuestras obligaciones para el paciente o para la persona que está en muerte cerebral son las mismas que con las del estado vegetativo persistente? Por ejemplo, la legislación española y casi todas —que no todas— permiten la extracción de órganos de personas que cumplen los criterios de la muerte cerebral, lo que demuestra que nuestras obligaciones morales no son las mismas; nosotros tenemos la obligación de tratar el cuerpo de un paciente en estado de muerte cerebral con todo respeto, evidentemente, pero no hasta el punto de no poderle extraer los órganos. La situación biológica, vuelvo a repetir, define de algún modo nuestras obligaciones morales: esta es una de las vías por las cuales la ética médica consigue ir afinando y tomando decisiones en estos dilemas vida-muerte de que habla el programa de esta reunión.

Querría añadir a esto algún punto más antes de acabar. El segundo aspecto del problema es que sobre todo en relación a los enfermos terminales y a los enfermos mayores, más que los enfermos críticos, además de las obligaciones de no maleficencia que tenemos con ellos, y que nos obligan a actuar unas veces y a no actuar otras, y a evitar el encarnizamiento terapéutico, además de esas obligaciones con los pacientes ancianos, por ejemplo, tenemos otras que no se enfocan desde el *principio ético de no maleficencia*, sino desde el llamado *principio ético de justicia*. La justicia es un principio moral que dice que todos tene-

mos obligación de tratar a los demás con consideración y respeto en el orden de la vida civil, de las relaciones humanas, y que no podemos marginar, segregar, etc., no podemos tratar peor a unos que a otros, tratar mal a unos y a otros. Bien, todos tenemos una gran sensibilidad para esto y todos inmediatamente cuando sucede algo así decimos: ¡Eso es una injusticia! Esto lo dice un niño de tres años, no hace falta estudiar ética. Todos consideramos que los seres humanos son fines en sí mismos y merecen total consideración y respeto, y que cuando se margina o se segrega a alguien en la vida social se están incumpliendo unos deberes de justicia; unos deberes morales y jurídicos de justicia. Bueno, pues, fíjense que enfocando así el tema de las opciones vida-muerte, hay todo un sector de la sociedad como puede ser el sector de los ancianos, que se nos convierte en un gran aldabonazo moral. La atención humana a los ancianos es una atención bastante descuidada, y tenemos obligaciones de acuerdo con el principio de justicia de cubrirla; el anciano, el enfermo crónico son grupos sociales con los que tenemos unas obligaciones morales que se enfocan desde un principio distinto del de no maleficencia y que hoy por hoy son muy problemáticas. Simplemente quiero dejar planteado esto, porque el proceso de morir es muy complicado, que comienza mucho antes de que uno se muera o se ponga muy malo. De tal manera que los sociólogos y los antropólogos distinguen diferentes tipos de muerte: hay una muerte laboral, que es la jubilación, hay una muerte familiar que es el hecho de que los ancianos cada vez puedan vivir menos en los pisos o en las casas de las familias, de sus hijos, de sus parientes, porque son casas tan pequeñas... la idea del antiguo caserío, tan frecuente en el País Vasco, cada vez es más infrecuente, aquí y en todos los lados, y por tanto esa especie de asistencia sanitaria continuada que había siempre en los caseríos a los niños muy pequeños, a los ancianos y a las personas enfermas o convalecientes hoy es difícilísimo. El enfermo crónico es muy difícil de tratar en casa, pero el sistema sanitario tampoco lo quiere porque dice que está para los agudos, con lo cual no se sabe muy bien a dónde tiene que ir el enfermo crónico no siendo que vaya a un hotel. Este es un grave problema y también tiene que ver con las opciones y los dilemas éticos en las fases finales de la vida y por tanto las opciones vida-muerte, y habría que decir más: y es que muchos de los conflictos morales que hoy se plantean en las fases finales de la vida se deben a esta situación de desclasmamiento de los ancianos. Las personas que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos siempre repiten lo mismo: realmente cuando una persona dice “quiero morir”, generalmente está diciendo “quiero vivir de otra manera”. Y en fin, la famosa pregunta por la eutanasia es una pregunta que tiene sentido, pero generalmente tiene sentido en un contexto en el que algunas obligaciones morales básicas están poco atendidas.

Este es el segundo campo; por tanto, no maleficencia y justicia. Y todavía querría decir dos palabras a propósito de otros dos campos. Hay otro principio ético fundamental sobre todo en estos últimos decenios y bien importantes, que es el *principio de autonomía*. Todos los seres humanos, mientras no se demuestre lo contrario, somos seres autónomos y tenemos en primer lugar que responder ante nuestra conciencia que es nuestro juez moral, nuestro tribunal moral, es el tribunal de la conciencia. Y esto hace que cada vez sea más claro que hay que respetar las decisiones de los pacientes. Por tanto, que no se pueden tomar decisiones morales *sólo de acuerdo con el principio de justicia*. Es muy probable que un médico considere que un paciente debe ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos porque considera que las técnicas de soporte vital de la Unidad de Cuidados Intensivos son adecuados y están indicadas en ese paciente; pero, en cualquier caso, el paciente puede decir que no quiere ingresar, que él ya tiene una edad, que ha cumplido en esta vida, que espera encima otra vida (no sé si conocen ustedes el “testamento vital” que la Conferencia Episcopal ha hecho circular por España, es uno, pero no el único para adoptar una actitud como la descrita), y que por tanto no quiere ser oneroso para la sociedad, gastar tanto dine-

ro y que tiene perfecto derecho a hacerlo. La autonomía de las personas es muy importante y las personas tienen mucho derecho a decidir, sobre todo cuando la tecnología que tenemos hoy es tan capaz de manipular la vida y la muerte de las personas, y de mantener vivas a personas que normalmente estarían muertas. Parece que algo tienen que decir los pacientes, y en ese sentido hay todo un complejo mundo en ética que es el de cómo conocer, cómo respetar la autonomía y las decisiones tomadas por los pacientes, porque esto tiene sus límites pero en cualquier caso hay que conceder todo lo que tiene de válido esto y luego saber manejar lo positivo y los límites de esta situación.

No querría acabar sin decir unas palabras a propósito de una última cuestión que además está tan de moda que quizá debería contemplar aunque fuera rápidamente en un seminario que habla de opciones vida-muerte. Me refiero al tema de la eutanasia. La eutanasia es un término muy ambiguo, como saben, que significa "buena muerte" en griego. Por tanto, todo lo que hemos dicho hasta aquí tendría que ver con la eutanasia: el cumplir con la no maleficencia, el cumplir con la justicia, el cumplir con la autonomía es, en última instancia intentar actuar correctamente en las opciones vida-muerte y, por tanto, dejar que los pacientes tengan una muerte humana y una muerte digna. Pero hoy generalmente por eutanasia se entiende sólo la asistencia al suicidio o el llamado "suicidio asistido", lo que suelen llamar los anglosajones "merci-killing", el asesinato por compasión. Hay casos en los periódicos de los últimos días que hacen que esto sea una noticia cotidiana. Pero fíjense ustedes que si hemos dicho que habría que respetar la autonomía de los pacientes, también habría que respetar la autonomía de los pacientes cuando nos piden que les ayudemos a morir. Por tanto, habría que decir que hay argumentos serios a favor de la eutanasia. Ustedes saben que en nuestro Código Penal el suicidio está despenalizado, como lo está en casi todos los códigos, y que además cada vez es más frecuente que la literatura escrita por moralistas y por profesores de ética considere más positivamente la ética del suicidio. En última instancia, el señor que dice que no quiere ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos porque su vida ya está plena o cree en Dios, ¿no se está suicidando? El suicidio es palabra muy dura, pero suicidar nos suicidarnos todos un poco continuamente. El minero que baja a la mina sabiendo que se va a coger una silicosis grado tres cuando tenga cuarenta años para que sus hijos puedan estudiar etc., de algún modo se está suicidando. Ahora, lo que el minero hace es un juicio moral muy sensato y es que hay unos valores espirituales que están por encima del valor vital y que por el futuro y la educación de sus hijos bien puede él perder unos años de su vida. Eso es lo que hacemos todos. Pero si eso es así, entonces tenemos que decir que la vida no es nunca el valor máximo, y que la vida se puede dar por muchas cosas, por muchos ideales, y por tanto que hay suicidios morales.

El problema del asesinato por compasión, el "merci-killing" o la asistencia al suicidio, es un poco distinto. Porque en el suicidio quien se suicida, el sujeto agente y el sujeto paciente es el mismo; en tanto que en la llamada eutanasia el sujeto agente y el sujeto paciente son distintos: el grave conflicto ahí es el conflicto de dos entes morales, y que uno acaba siendo el que induce, ayuda o ejecuta la muerte de otro, y esto es bien peligroso.

Vamos a suponer que se dice: "Hombre, pues si el suicidio tiene una entidad moralmente justificable en ocasiones, ¿por qué no lo va a tener la eutanasia? Es decir, ¿por qué el señor que está en una entidad terminal, que se ve viviendo indignamente no puede pedir ayuda para morir?". Y supongamos que, dando respuesta afirmativa a dicha pregunta, convertimos esto en una práctica social habitual. Ahora bien, ¿ustedes se imaginan lo violenta que sería la situación del anciano que en la casa de su hijo o de su hija, de su familia, no pidiera el suicidio? Naturalmente, la eutanasia tiene que ser por propia voluntad, o la iniciati-

va tiene que partir —como en el caso holandés— del individuo, pero hay silencios peores que muchas palabras, y hay coacciones calladísimas que no se expresan ni verbalizan. Este es un argumento terriblemente problemático, hace que se problematice y que hoy por ejemplo la mayor parte de la literatura mundial esté en contra de esto que se llama eutanasia activa o asistencia al suicidio.

Aún hay otra razón para tener graves precauciones ante este hecho y es que si los ancianos, los enfermos crónicos y los terminales están mal asistidos en nuestra sociedad, en cuanto se abra la vía de la eutanasia las obligaciones en justicia se cumplirán todavía menos, pues ¿para qué hacer residencias asistidas, para qué hacer centros de crónicos, para qué hacer medicina paliativa o centros paliativos u “hospices” o lo que sea, siendo así que existe la libertad de opción? Vuelvo a repetir que estas son las razones que hacen de esta situación, quizá la más crítica en las opciones vida-muerte. La mayor parte de las sociedades se lo piensan mucho. Hay un argumento que los anglosajones utilizan mucho, el llamado *argumento de la pendiente resbaladiza* que, curiosamente, es el que tiene más peso en el caso de la eutanasia y el que está haciendo a la gente ser más prudente. El problema de las pendientes resbaladizas es que uno comienza cuando quiere a caer, pero no sabe dónde va a parar.

Nada más. Muchas gracias.