

Manifiesto a favor de la prudencia: a propósito de la muerte de Ramón Sampedro

Pablo Simón Lorda

Médico de Familia. Especialista en Bioética. Miembro del Instituto E. Mounier.

La muerte de Ramón Sampedro no ha sido una eutanasia, sino un suicidio asistido, la segunda de las formas de lo que en bioética se denomina «muerte médicamente asistida». Ésta es quizás la tragedia más grande de este triste suceso, después de la propia muerte de Ramón: la irresponsable confusión de tantos. Los periódicos, las radios, las televisiones, han convertido la muerte del hombre en espectáculo deportivo y productivo –siempre lo hacen, es su trabajo, dicen–. Pero lo peor de todo es que, en un alarde increíble de irresponsabilidad –siempre lo hacen, aunque no debería ser su trabajo– han elevado su conducta a la categoría de paradigma moral colectivo a imitar. Si a ello añadimos el vodevil cutre de toda una señora Catedrática de Ética de Universidad diciendo insensateces en actos de «homenaje a Ramón Sampedro» –¿qué hay que homenajear?–, y la tristeza de políticos de todos los colores tratando de quedar de «progres bien» pronunciándose a favor de la aprobación de una ley de eutanasia para España, entonces el panorama adquiere ya definitivamente un tinte desolador.

Por eso es mejor volver al principio y tratar de poner las cosas en su sitio. La conducta de Ramón Sampedro nos plantea muchos interrogantes que exigen de nosotros un análisis moral serio, detenido y

respetuoso. Como mínimo hay seis cuestiones abiertas en torno al que podemos denominar «problema de la eutanasia». Veámoslas brevemente:

- La cuestión terminológica.
- La problemática distinción entre «matar» y «dejar morir».
- La existencia y contenidos del «derecho a una muerte digna».
- Las condiciones de una decisión autónoma.
- La problemática deontológica
- Las posibles repercusiones sociales de la legitimación de la «muerte médicamente asistida»

1. La cuestión terminológica

El primer problema grave que existe es que todo el mundo utiliza la palabra «eutanasia» según le viene en gana. El problema nace sin duda de que etimológicamente eutanasia sólo significa «buena muerte», y por tanto, en este sentido, ¿quién no desea para sí mismo y para los demás la «eutanasia»?

Para tratar de precisar mejor de qué se estaba hablando al decir «eutanasia», históricamente se han ido añadiendo al término adjetivos pretendidamente clarificadores: activa – pasiva, directa – indirecta, voluntaria – involuntaria, etc. El resultado es una confusión de tal calibre –multiplicada por los me-

dios de incomunicación social– que hace que, para intentar subsanarla, al menos en el campo de la bioética, esté actualmente tratándose de utilizar la palabra «eutanasia» para designar sólo aquellos actos deliberados que tratan de poner fin a la vida de un paciente, pedidos de forma autónoma y expresa por éste porque padece una enfermedad incurable que le produce un sufrimiento que no es capaz de soportar.

Así, a la retirada de un respirador en un paciente en coma sin posibilidades de recuperación no le llamamos ya «eutanasia pasiva», sino el problema ético de la retirada de tratamientos de soporte vital. El poner morfina a un paciente para que no tenga dolor aun a costa de acortar su vida es un problema ético del tratamiento del dolor en los cuidados paliativos, y no una «eutanasia indirecta». Y la «eutanasia directa involuntaria» es en realidad un homicidio o un asesinato.

La eutanasia en sentido estricto es una de las dos posibles variantes que tiene lo que hoy llamamos «muerte médicamente asistida». La otra es el «suicidio asistido». En el suicidio asistido quien realiza el acto final que produce la muerte es el propio paciente; el sanitario se limita a facilitarle los medios adecuados para ello. En la eutanasia es el sanitario quien además realiza el acto que deliberadamente acaba

con la vida del paciente. Esta diferencia es importante para la valoración moral.

Y puestos aquí ya podemos explicar por qué la muerte de Ramón Sampredo ha sido un suicidio asistido y no una eutanasia: porque quien bebió el cianuro fue él mismo voluntariamente. Los otros 11 implicados sólo realizaron actos parciales que en conjunto facilitaron el suicidio final, pero que –al parecer– no constituyen aisladamente delito.

La cuestión terminológica es muy relevante porque es muy frecuente que muchos de los que «defienden» la eutanasia sean incapaces de distinguir entre unas cosas y otras. Las mismas encuestas dirigidas a la población general, y cuyos resultados se esgrimen con frecuencia para decir que «la mayoría de la población está a favor de la eutanasia», contienen profundas ambigüedades terminológicas que las invalidan de raíz, pero se siguen utilizando para crear opinión. Así, no es raro que la gente de la calle diga que «está a favor de la eutanasia porque los enfermos con cáncer tiene derecho a morir sin dolor», con lo que la ensalada moral ya está organizada y la confusión asegurada.

2. La distinción «matar - dejar morir»

No es nada sencilla esta distinción. Suele usarse en bioética para explicar por qué no es lo mismo desde el punto de vista moral retirar el respirador a un paciente en coma irreversible que ponerle una inyección de cloruro potásico para inducirle una parada cardiorrespiratoria. En el primer caso hablamos de «dejar morir» porque lo que hacemos en realidad es permitir que un proceso patológico para el que ya no hay curación acabe con la vida del paciente. No es por tanto en realidad el acto de apagar el respirador quien «mata» al paciente,

sino la propia enfermedad que hasta entonces había estado retenida por la tecnología médica. En el segundo caso hablamos de «matar» porque es en sí mismo el acto deliberado de inyectar cloruro potásico quien produce la muerte por una estrecha conexión causal. Establecida esta diferencia conceptual establecemos la diferencia moral: «matar» es un acto moralmente más grave que «dejar morir». Pero claro, siempre pueden encontrarse excepciones que conviertan al «matar» en un «mal menor», y al «dejar morir» en un «mal mayor». Por eso la distinción, aun cuando intuitivamente puede funcionar, conceptual y moralmente es difícil de delimitar.

3. La existencia y contenidos del «derecho a una muerte digna»

Es muy frecuente que en los debates en torno a la «eutanasia» salga a relucir la cuestión del «derecho a una muerte digna». Con frecuencia –por desgracia– se utiliza más como un argumento retórico que como un argumento moral. Quizás el problema estriba en que no es tampoco fácil definir exactamente en qué consiste este derecho. Tanto es así que, aunque casi inmediatamente después de que se aprobó la declaración de Derechos Humanos, las organizaciones norteamericanas a favor de la eutanasia, solicitaron que se incluyera este derecho en la lista, dicha inclusión nunca se ha producido. De todas formas, aunque no pueda deslindarse muy bien su fundamentación, existe bastante acuerdo en que el «derecho a una muerte digna» se compone, al menos, de los siguientes seis contenidos:

1. Conocer, si la desea, la verdad acerca de su diagnóstico, pronóstico y tratamientos posibles, así como los riesgos y beneficios de cada uno de ellos.

2. Recibir, si lo desea, tratamientos curativos o claramente beneficiosos.
3. Rechazar, si lo desea, todo tipo de tratamientos.
4. Recibir, si los desea, los cuidados necesarios para vivir confortablemente el proceso de enfermedad y muerte.
5. Recibir, si lo desea, tratamiento correcto del dolor físico, alivio del dolor psicológico y apoyo adecuado para el dolor espiritual.
6. Vivir, si así lo demanda, familiar y comunitariamente el proceso de la enfermedad y la muerte, y recibir los apoyos psicosociales necesarios para ello.

Pero donde está el nudo de la polémica es un posible séptimo componente del «derecho a una muerte digna»:

7. Escoger, si lo desea, el momento y forma en que se producirá la muerte.

No vamos a detenernos ahora en deslindar si este componente es aceptable o no. Lo que importa es insistir en que sólo es posible plantearse con seriedad moral su existencia si antes se han puesto todos los medios posibles para dotar de contenido real a los otros seis. Con ello evitaremos que, cuando algunos pacientes «demanden la muerte», en realidad lo que estén demandando es «morir en otras condiciones», esto es, diciéndonos más bien que no se están garantizando los seis primeros contenidos del «derecho a una muerte digna», porque tienen dolor, están solos o abandonados, etc.

4. Las condiciones de una decisión autónoma

Una cuestión crucial para el análisis ético de la muerte médicamente asistida es que sean decisiones

solicitadas autónomamente por el propio paciente. Una decisión es autónoma cuando cumple tres condiciones básicas: a) Es voluntaria; es decir el sujeto la toma en ausencia de coacción, manipulación o dominio; b) Es informada; es decir, el sujeto conoce y comprende toda la información relevante para la decisión que va a tomar y, por último; c) El sujeto es capaz; es decir, se encuentra en unas condiciones psicológicas adecuadas para tomar esa decisión. Cuando alguna de estas condiciones falla, la decisión no es autónoma, y por tanto una petición de muerte médicamente asistida no puede ser tomada en cuenta bajo ningún concepto. Sólo añadir que no es verdad que los pacientes que demandan la eutanasia estén, «por definición», deprimidos y que por tanto sean incapaces. Afirmar esto es conocer poco lo lejos que puede llegar el sufrimiento del hombre.

5. La problemática deontológica

El problema ético más grave de la muerte médicamente asistida no es si una persona puede solicitar o no la muerte haciendo uso de su autonomía moral. Desde mi punto de vista no es fácil argumentar en contra. La cuestión verdaderamente problemática es si nosotros tenemos el derecho, o incluso la obligación, de acceder a esa petición. En el caso de las profesiones sanitarias el conflicto es más agudo por la dedicación a la protección de la vida que por definición tienen dichas profesiones. No creo que sea aceptable plantearse que, como norma, la muerte médicamente asistida sea moralmente justificable. Pero tampoco es descabellado imaginarse situaciones «trágicas» —en el sentido scheleriano del término— en que tal actuación sea la moralmente menos mala. Son situaciones extremas

y excepcionales, en absoluto generalizables, donde los implicados deben de actuar con absoluta sensibilidad y responsabilidad.

6. Las posibles repercusiones sociales de la legitimación de la «muerte médicamente asistida»

Pero una vez que hemos dicho que en situaciones extremas y excepcionales la muerte médicamente asistida pudiera ser la salida menos mala para respetar la dignidad de las persona, aparece el serio problema de articular jurídica y socialmente tales excepciones de tal forma que pueda garantizarse que no se cometerán abusos y que no se entrará en lo que en ética se llama «pendiente resbaladiza». Desde luego la experiencia holandesa es muy ilustrativa en este sentido: de cada 2.500 eutanasias anuales que se realizan en este país, 1.000 se hacen sin contar con el consentimiento expreso del paciente. La barbarie de tal situación es a todas luces evidente. Por ello habrá que ser extraordinariamente prudentes antes de plantearse esta cuestión en nuestro país. En mi opinión, por el momento, la manera en la cual está planteada la cuestión en el artículo 143 del Código Penal es suficiente, porque no legaliza la eutanasia, pero si permite —por la cuantía rebajada de la pena que establece— que una persona sin antecedentes penales que realice una sola vez un acto tal, aunque sea condenado, no ingrese en prisión. El artículo dice lo siguiente:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que cooperare con actos necesarios al suicidio de una persona.

3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

Por tanto, lo que se hace es abrir una estrecha puerta para dar salida a situaciones excepcionales e irrepetibles; aunque también hay que decir que el artículo adolece de precisión terminológica y conceptual. Esperemos, en todo caso, que se aplique con sensatez por los jueces.

En resumen, lo más escandaloso del caso de Ramón Sampredo no es que se quitara la vida, ni siquiera que otros le ayudaran a ello. Lo peor de todo es la irresponsable actitud de muchos políticos y medios de comunicación social, que por quedar bien, hablan sin saber y piden, sin más, «la legalización de la eutanasia». La ignorancia es atrevida, y bárbara. Porque lo que tenemos que hacer antes que eso es fortalecer e impulsar el desarrollo de los cuidados paliativos y de la atención domiciliaria a los enfermos, el tratamiento adecuado del dolor y la humanización de la asistencia sanitaria. Sólo cuando hayamos entrado con decisión en ese camino podremos empezar a plantearnos con seriedad moral en qué circunstancias y condiciones podemos aceptar la «muerte médicamente asistida». Y lo demás es pura hipocresía.