



Pensar ética e humanamente a eutanasia

Carmen Massé García

A morte é un dos últimos confíns do saber que o home non domina e, ademais, debe resignarse a recoñecer que nunca poderá dominar. Na nosa sociedade, a vida é o gran valor que cómpre salvagardar, mais non calquera vida, senón a boa vida, a vida nova sa, bela, produtiva, creativa... A cuestión da eutanasia chegou inevitablemente ao noso mundo desde hai unhas décadas como froita madurada pola nosa cultura.

Para poder pensar adecuadamente un tema tan complexo coma a eutanasia é importante delimitar ben o ámbito de reflexión. No noso país chamamos eutanasia á «provocación intencionada da morte dunha persoa que padece unha enfermidade avanzada ou terminal, a petición expresa desta, e nun contexto médico». Quero aclarar que isto é así como consenso ao que chegaron, en 2015, os profesionais sanitarios e, en 2008, os bioeticistas españois. Noutros países ou noutras institucións pode comprenderse por eutanasia algunhas situacións que aquí consideraríamos adecuación do esforzo terapéutico ou, simplemente, un rexeitamento do tratamento.

As condicións fundamentais que deben darse para que poidamos falar de eutanasia, por tanto, son: un acto humano que provoca a morte, solicitada polo propio enfermo, que debe padecer unha enfermidade avanzada ou terminal e realizado por un profesional sanitario. O feito de que o acto humano que provoca a morte sexa realizado por un sanitario directamente ou polo mesmo enfermo con axuda dun sanitario (isto sería o suicidio asistido) apenas modificaría a análise ética do acto mesmo e, cando así fose, abordareino oportunamente.

Para poder pensar a fondo unha cuestión tan complexa –de vida ou morte, literalmente– cómpre diferenciarmos con claridade os distintos planos que se poñen en cuestión na reflexión: o desexo humano, o dereito civil e a moralidade. De aí a análise que faremos nestas páxinas, vertebradas desde tres preguntas fundamentais: é desexable a eutanasia? Se así fose, é xusta entón? E se é desexable e xusta, por que non ha ser eticamente boa? Sirvan estas páxinas como unha sinxela axuda para que cada cidadán poida dar unha resposta honesta.

1.- É desexable? A eutanasia no corazón do ser humano

A vida é un valor fundamental, mais, en ningún caso, absoluto. A vida é un don que nos foi dado para vivila responsablemente, para poñela ao servizo dos demais e construír un proxecto humano e humanizador de vida. Con todo, pode chegar un momento no que se enturba todo sentido, todo outro valor polo sufrimento e desatino experimentado. É entón cando se expón se a morte pode chegar a ser desexable e non a vida. Hoxe día, a medicina permítenos facer unha primeira pregunta sobre o noso máis íntimo desexo: desexamos cantidade ou calidade de vida? Ás veces, preferir a calidade á cantidade pódese traducir na solitude da eutanasia.

O concepto «calidade de vida» xorde a mediados da década dos sesenta, cando a medicina empeza a dispoñer de medidas para prolongar case indefinidamente a vida. O concepto calidade de vida parecía axudar a dar humanidade ás posibilidades que se abrían coa técnica. Con todo, é un concepto complexo que, en ocasións, non fixo máis ca enturbar o debate. Segundo a OMS, trátase da «percepción do individuo sobre a súa posición na vida dentro do contexto cultural e o sistema de valores no que vive e con respecto ás súas metas, expectativas, normas e preocupacións». É, por tanto, un concepto que está detrás de numerosas decisións médicas no final da vida, tanto tomadas polos profesionais sanitarios como polos propios pacientes. Mais este concepto, considerado desde o valor persoalísimo de cada paciente e vin-

culado á súa minguada autonomía nunha situación de extrema vulnerabilidade, pode chegar a ser unha arma de difícil control e con consecuencias imprevisíbeis para as persoas que se aproximan ao seu final.

Desexar a morte antes cá vida en determinadas condicións é unha experiencia repetida por moitas persoas nos seus últimos días. Con todo, a morte, a diferenza da vida, non pode ser considerada un ben en si mesma, senón máis ben circunstancial, condicionada á limitación irreversible da capacidade de relación e de autonomía nas cuestións máis íntimas e persoalísimas. Desexar a morte máis ca a vida –como ocorre coa eutanasia– vén da man dunha cultura na que a independencia, a autonomía, o pracer persoal e o ben individual téñense elevado como valores supremos. Non parece ocorrer así noutras culturas nas que a comunidade, a sociedade ou a familia son quen de encher de sentido a vida, tamén cando se achega á morte.

É o momento de introducir na nosa reflexión outro concepto, tamén nacido no pasado século XX: os cuidados paliativos. Cando parece que a morte é máis desexable ca a vida, a opción non ten por que ser necesaria e unicamente morrer –aquí e agora, por medios médicos–. Cando non é desexable continuar coa vida nas condicións irreversíbeis de sufrimento, a medicina ten algo que ofrecer. É importante ter en conta que os cuidados paliativos non son unha alternativa á eutanasia, senón máis ben unha proposta previa indispensable e necesaria sen a cal, calquera opción pola morte pode estar de raíz viciada pola dor, a desesperanza, a angustia ou o desatino. Poder morrer en paz, sen dor, sen sufrimento é o desexo máis ancestral de toda a humanidade e, nos nosos días, a medicina pódeo facer posible.

É fundamental que todos poidamos ter coñecemento e acceso aos cuidados paliativos para polo menos poder formular a pregunta sobre o desexo de morrer. Non é humano nin xusto, nin ético ofrecer unicamente a morte a quen en realidade o que ten é medo a non recibir unha atención adecuada ao final, a ser unha carga para as súas familias, ou simplemente a estar só no final.

Con todo, sendo os coidados paliativos unha condición de posibilidade para a pregunta pola eutanasia e, ao mesmo tempo, a resposta a moitas das súas peticións, non soluciona definitivamente a pregunta ética de fondo. Aínda temos unha pequena porcentaxe de persoas que, coñecendo en que consisten, tendo acceso a eles, liberados de todo sentimento de carga e soidade... seguen preferindo a morte a esa vida.

Para seguir profundando nas raíces humanas do desexo de morrer, podemos servirmos de argumentos consecuenciais que poñen en cuestión se as consecuencias dunha sociedade que legaliza a eutanasia son proporcionais ao ben que supostamente poderíamos lograr con ela. Vexamos algunhas.

1.1. As consecuencias persoais da eutanasia

Argumentouse que a eutanasia produce unha ruptura interior e escurece a conciencia do ben de quen o fai. Estaríamos a falar dos profesionais sanitarios que comezan a converter a súa vocación primordial de curar, coidar e consolar en acabar coa vida do paciente. Tampouco está do todo claro que as persoas que, chegado o caso, optarían pola eutanasia no final dos seus días teñan ofuscada a súa sensibilidade ética como para confundir o ben do mal, creo que non pode inferirse necesariamente. Si é certo que, posiblemente, como analizamos anteriormente, teñan priorizado certos valores individuais por enriba doutros máis sociais, familiares ou comunitarios.

1.2. As consecuencias para a familia

Expúxose tamén se, chegado o caso de que sexa a familia quen teña que tomar unha decisión sobre o cumprimento dunha vontade anticipada de eutanasia do enfermo, supón introducir na institución familiar sentimentos que non lle son propios. A familia, e máis aínda a familia mediterránea, é o lugar por excelencia da seguridade, a confianza, o afecto, a vida e a doazón. A eutanasia viría introducir a inseguridade, a desconfianza, o medo e, dal-

gunha maneira, a morte na relación cos máis vulnerables da familia. Con todo, o sufrimento de quen quero pode resultar a medio e longo prazo un compoñente capaz de desfigurar o noso recordo e a nosa relación postremeira con quen xa se foron.

1.3. As consecuencias sociais da eutanasia

Parecese que se dá unha lenta pero evidente degradación dos coidados e do valor da vida dos máis vulnerables nas sociedades nas que se legalizou a eutanasia. O *American College of Physicians* advirte que as leis de eutanasia ou suicidio asistido asociáronse a un aumento do 6 % no total de suicidios no país (un 15 % nos maiores de 65 anos). Ademais, as asociacións de individuos máis vulnerables manifestaron a súa forte preocupación polo feito de que a legalización da eutanasia poida supoñer un cambio na actitude, rumbos sutís sobre a valoración da calidade de vida e xuízos de valor sobre a vida dalgunhas persoas que poidan ser consideradas como indignas de ser vividas.

1.4. As consecuencias para a relación clínica

Desde hai uns vinte e cinco séculos, os profesionais sanitarios puxémonos un límite infranqueable ao noso labor: *primum non nocere*; ante todo non danar. Colexiadamente, os profesionais sanitarios de todo o mundo opuxéronse á eutanasia e ao suicidio medicamente asistido. Parece que, ao longo da historia, as normas que prohiben a morte doutro ser humano axudaron a consolidar a relación de confianza entre o profesional e o paciente, mentres que as que facilitaron a morte deste último, xeraron unha profunda desconfianza ao contemplar a quen debese ser un sandador como matador. O *American College of Physicians* reiterou que a eutanasia non só afecta á relación clínica, senón que «altera fundamentalmente o papel da profesión médica na sociedade». Cando se interpón a eutanasia, desgraciadamente, non é difícil que os pacientes poidan ser remisos a recibir tratamento de coidados paliativos, simplemente por temor a que os médicos poidan acelerar a morte.

1.5. As consecuencias inevitables: a pendiente esvaradía

Desde algúns organismos está a tratarse de advertir á sociedade das posíbeis e máis ca probables consecuencias que traería a legalización da eutanasia, vendo o percorrido doutros países con anos de adianto. Parece que, unha vez aceptada social e xuridicamente a eutanasia, o esvaramento cara a actos non voluntarios e non desexados nun principio, faise inevitable: por exemplo, a aplicación da eutanasia a pacientes incapacitados e sen consentimento previo, a pacientes sen enfermidades terminais, a nenos, etc. Así ocorreu en Holanda e Bélxica, en modificacións recentes das súas lexislacións, e onde se aceptan solicitudes nas que a enfermidade clasifícase como «canso de vivir», «sufrimento psicolóxico» ou simple «soidade». En 2017, en Holanda, o 4 % do total das mortes do país foron por eutanasia e, en Bélxica, solicitáronse 2.200 peticións cando en 2003 apenas foron 234.

En definitiva, son moitos os argumentos que nos levan a pensar que acabar socialmente coa vida das persoas máis vulnerables, no seu final, cando a persoa así o solicita, non é desexable, polo menos non o é familiar, social nin sanitariamente. Os desexos de cada persoa, confesables ou inconfesables, racionais ou non, lexítimos ou ilexítimos... non deixarán de ser nunca libres.

2.- É xusto? O plano xurídico da eutanasia

A vida é un dereito humano, máis ben o dereito sobre o que se sostén calquera outro dereito. A vida ten que ser defendida e o estado está obrigado a protexela sempre. A vida é un dereito e a morte non o é. E, como dereito humano, a vida é un dereito inalienable, é dicir, ninguén pode quitarme o dereito, nin sequera eu mesmo, aínda que si poida renunciar ao seu exercicio. No suicidio renúnciase a exercer o dereito á vida, non se renuncia a ter ese dereito. É neste punto onde si é importante diferenciar xuridicamente a eutanasia do suicidio asistido.

No noso país, suicidarse non é delito, a diferenza doutros países. O delito está en quen axuda á persoa ao suicidio. Con todo, soli-

citar a legalización da eutanasia é unha cuestión ben distinta. Cando un Estado legaliza a eutanasia está a afirmar que garante a morte dunha persoa cando se cumpran determinadas circunstancias, entre elas, a súa libre solicitude. En tales casos, o Estado estaría a quitar o dereito á vida, que ten a obriga de protexer, a libre solicitude dunha persoa con enfermidade grave e incurable. En realidade, atopamos un conflito de dereitos: dereito á vida ou a dispoñer da propia vida? O estado está obrigado a garantir o dereito á vida, mais non a garantir todos os desexos individuais, mesmo o desexo de morrer, aínda que puidese parecer razoable, lexítimo e mesmo solidario.

Aludiuse tamén á liberdade de conciencia á hora de que cada un poida tomar as súas opcións vitais, mais –sobre todo en casos de suicidio asistido– o Tribunal Constitucional do noso país recoñeceu que ese dereito refírese a poder expresar e defender libremente determinadas ideas dentro da orde pública, mais non a acabar coa vida de alguén, pois o Estado necesita un suxeito para que se poida defender calquera dereito sobre el.

Mais non podemos obviar o feito de que, se pode formularse dalgún modo un certo dereito á morte, este tería que comportar necesariamente un deber de matar por parte de alguén. Parece que quen terían o deber de o facer, non están en disposición de facelo, polo menos colexiadamente. Non se trata, por tanto, de renunciar ao dereito á vida, senón de poñer en mans doutra persoa o dereito para dispoñer da miña vida procurando a miña morte, sempre que eu o solicite libremente.

Como sociedade, temos expórmonos se a legalización da eutanasia é o único ou o menos malo que pode ofrecerse a aquelas persoas que perciben máis desexable a morte ca a vida chegados ao seu estadio final. Con todo, afirmamos que cuns bos cuidados paliativos moitas –non todas– as solicitudes desaparecerían, e con afecto e compañía case –só case– ninguén pediría morrer. Queda preguntármonos por eses poucos/case ningún caso de persoas que, de forma autónoma, despois de recibir os cuidados paliativos pertinentes e en compañía dos seus, seguen solicitando poñer fin a

unha vida que lles provoca máis sufrimento ca a morte en si. É difícil responder xuridicamente a eses dolorosos casos, posto que a norma non debe establecerse para unha minoría, máxime cando, segundo parece, a norma en si pode ocasionar consecuencias negativas para a maioría.

3.- É bo? O plano ético da eutanasia

E chegamos finalmente á pregunta ética: podemos considerar boa a eutanasia, imaxinar algún contexto que faga moralmente aceptable poñer fin á vida dunha persoa que sofre cando o solicitou? Nas distintas respostas éticas que se deron aparecen de forma recorrente algúns termos que son utilizados para argumentar todo e o seu contrario. Tratemos de aclaralos:

3.1. A *dignidade*

A dignidade é o atributo humano por excelencia, aquilo que nos configura como tales e no que descansa todo dereito humano. Si, un atributo humano e, por tanto, só as persoas somos dignas, nin as institucións nin as cousas nin os actos. Non hai, por tanto, morte digna, senón persoas que afrontan o final dos seus días con sentido, con actitude de entrega, coa dignidade que lles é propia.

É, neste sentido, onde atopamos o maior foco de confusión social: o concepto de «morte digna». Os defensores da eutanasia déronlle un significado unívoco ao dereito a elixir cando e como morrer, facilitado por un profesional sanitario e garantido polo estado. Deste xeito, parece que quen non defenden a eutanasia prefiren unha «morte indigna». O documento de consenso da OMC e da SECPAL ofreceu un concepto máis acertado na súa denominación e, ao mesmo tempo, integrador de todos os desexos humanos para o seu momento final:

Morrer con dignidade. Supón vivir dignamente até o último momento. Iso require a consideración do enfermo como ser humano até o momento da morte, o respecto ás súas crenzas e valores, así coma a súa participación na toma de decisións mediante unha

relación próxima e sincera co equipo asistencial. Asíciase o feito de morrer con dignidade á ausencia de sufrimento. Tamén hai que ter en conta outros factores humanos, como a presenza dos seres queridos e a creación dunha contorna amable.

3.2. *A compaixón*

En nome da compaixón algúns ofrecen coidados paliativos, compaña, agarimo... e outros un rápido e indoloro final. Todos desexamos aliviar o sufrimento dos máis vulnerables, por compaixón, mais non acordamos o modo. A boa medicina esixe compaixón polos moribundos, mais esta compaixón necesita tamén razón. Proporcionar irreflexivamente ao outro o que solicita, por compaixón, aínda que sexa a súa propia morte, non ten que ser un acto eticamente bo por realizarse cunha intención boa. A razón espertará na compaixón toda creatividade, imaxinación e afectividade para dar ao outro o que precisa, de forma máis eficiente e, sobre todo, ética.

3.3. *A beneficencia*

En relación co anterior, podemos preguntarnos que é realmente beneficioso para a persoa que sofre, que constitúe un verdadeiro «acto de misericordia, bondade e caridade». Os exasperantes debates públicos, a miúdo, céntranse en mostrar que unha determinada resposta é a única beneficiosa mentres que a contraria supón unha tortura ou un homicidio. Tal e como os pais do principialismo apuntaron, a beneficencia necesita ser completada polos principios de utilidade e proporcionalidade, posto que todo o que é bo para un paciente pode ocasionar danos, riscos e custos. Na eutanasia, o dano e os custos son incalculables: unha vida humana, que ten como único prezo a liberdade de quen así o desexou. Considerar beneficiosa, no sentido bioético do termo, á eutanasia é tanto como aplicar a compaixón sen razón algunha.

3.4. *Acelerar a morte*

Trátase tamén dunha fonte de confusión, debido a que habitualmente emprégase tanto para referirse á eutanasia ou ao cesa-

mento voluntario de alimentación e hidratación como á sedación profunda ou á adecuación do esforzo terapéutico. E ningún deses actos é igual, nin médica nin moralmente. Aínda que en todos os casos puidese afirmarse que se «acelera a morte», non é o mesmo provocala ca facilitar que a propia enfermidade siga o seu curso sen interporse a iso. E tampouco é o mesmo o desexo de que a vida remate co feito de facer que a vida remate.

3.5. *Deixar morrer ao paciente*

É a outra cara da moeda do concepto anterior, que tamén convén desterrar dos debates. É claro que «a prolongación da vida non debería ser en si mesma o fin exclusivo da práctica médica» e que, no final dos seus días, a profesión sanitaria debe ante todo aliviar o sufrimento, respectar a vida e a persoa humana. Respectar á persoa pasa necesariamente por respectar o inexorable proceso que conduce á morte, contribuíndo a que poida levalo a cabo coa dignidade propia do ser humano.

Aclarados os principais motivos de confusión, será bo que poidamos profundar nas raíces que o provocan, tentando achegar algo de luz á reflexión. Como podemos ir vendo, as claves éticas sobre as que pivotan todos os debates están ao redor da autonomía do paciente e a intención de quen leva a cabo a acción, dúas cuestións especialmente complexas que convén mirar con atención.

Temos que dicir que, ante todo, a moralidade dun acto non depende exclusivamente dun único factor coma a ‘autonomía do paciente’, senón que se configura tendo en conta tanto esta coma o conxunto da enfermidade e as súas circunstancias, sopesando riscos, beneficios e custos. Se do que se trata é de buscar un adecuado equilibrio entre a autonomía do paciente e a beneficencia paternalista do profesional, a práctica clínica dispón dun instrumento para iso: o proceso de decisión compartido que cristaliza na Planificación Anticipada de Coidados. Neste proceso, para que a persoa poida tomar as súas decisións con maior liberdade e responsabilidade, cómpre que poida ter toda a información (clínica, psicolóxica, ética, etc.), con capacidade para comprendela e integrala no seu proxecto

vital, tamén con posibilidade de confrontar a súa vontade con quen libremente crea que pode axudarlle niso. Pero, como vimos ao longo destas páxinas, a vulnerabilidade que provoca a enfermidade pode deixar moi comprometida a autonomía do paciente, sexa polo sufrimento, os trazos depresivos propios do proceso, por considerarse unha carga familiar e social, a soidade, o medo, etc. Por tanto, sería bon poder ter algún instrumento que mida efectivamente a autonomía mínima posible e necesaria para que poida considerarse unha decisión suficientemente libre e responsable.

Pero, sen dúbida, o máis difícil de desentrañar é o pantanoso mundo das 'intencións'. Nun principio, non pode considerarse sempre inmoral querer acelerar a morte intencionadamente. Como sinalamos, é un concepto confuso que, para a maioría dos sanitarios significa «non prolongar a vida», polo que a intención explícita non é tanto de acabar coa vida canto de non prolongala.

A clave está na necesidade de establecer dous niveis de intencionalidade: por unha banda, a intencionalidade de primeiro nivel, o obxecto moral da acción, que responde á pregunta «para que fas» e que sería, no caso da eutanasia, acabar coa vida dunha persoa; e, doutra banda, a intencionalidade de segundo nivel, relativa ao fin do axente, que responde á pregunta «que fas», no noso caso, aliviar un sufrimento, en definitiva. Esta distinción é fundamental para poder discernir a diferenza ética entre un suicidio asistido, por exemplo, da retirada dunha medida de soporte vital: no primeiro caso, a intencionalidade de primeiro nivel é acabar coa vida dunha persoa, mentres que, no segundo caso, sería retirar un tratamento que non beneficia de maneira significativa. En ambas as situacións, con todo, a intencionalidade de segundo nivel será igualmente aliviar o sufrimento dunha persoa. A súa valoración moral, por tanto, é moi distinta.

Con todo, cómpre recoñecer que na práctica clínica diaria dos sanitarios hai unha gran ambigüidade e confusión á hora de considerar a propia intención e a voluntariedade de certos actos, máis aínda cando han de confrontarse coas propias crenzas e valores que cada un elixiu para rexer a súa vida.

4.- Algunhas conclusións

A eutanasia é un concepto que vén poñer en cuestión os cimentos da nosa vida persoal, a nosa organización social, os nosos valores e crenzas. Poucas cousas hai máis difíciles de comprender ca o desexo humano. Poucas cousas hai máis difíciles de acordar ca a xustiza nas relacións humanas. E poucas cousas hai que nos provoquen máis medo, dúbida e ambigüidade, ca a morte e a vida, coas súas porosas fronteiras de moralidade.

Non podemos evitar expor a posibilidade de que, persoalmente, poida concibirse a morte como máis desexable ca a vida. Mais nin a familia, nin a sociedade, nin a profesión sanitaria poden atopar preferible a morte dun ser querido, un ser humano en definitiva ao seu coidado, consolo e atención até o final.

Vincular a xustiza coa morte, en principio, pode resultar problemático, aínda cando dita morte fose solicitada polo propio suxeito, capaz e competente. Neste ámbito, é distinto expor a eutanasia como dereito garantido polo estado a despenalizar os actos eutanásicos que se axusten ás circunstancias establecidas. Con todo, pensar nalgún tipo de morte xusta, na era dos dereitos humanos, pode parecer unha sorte de oxímoro nesta sociedade de desigualdades e inxustizas.

É boa, entón, a eutanasia? Quizais precisemos máis tempo para o debate, todo o tempo pode parecer pouco para pensar a moralidade dun acto que confronta os nosos afectos, as nosas relacións humanas, a nosa racionalidade no modo de expresar no momento final, o noso agarimo aos que máis queremos. Tempo, si, todo o que precise a razón para encher de sentido a compaixón.

Carmen Massé García
U. Pontificia Comillas

Traduciu Chema Felpeto Enríquez