

EUTANASIA Y REANIMACIÓN

El problema de la eutanasia nació en la noche de los tiempos cuando, por primera vez, un ser vivo dotado de inteligencia, de reflexión y de afectividad pudo prever su muerte o la de su prójimo. Desde ese momento, por rechazo al sufrimiento o por compasión, pudo verse tentado a abreviar una u otra.

La eutanasia no existe en las especies animales. Por el contrario, la historia de la humanidad ofrece múltiples ejemplos de ella. Las prácticas son diversas según los tiempos y lugares: entre los esquimales y entre ciertas tribus africanas, los ancianos son arrojados al agua helada de los lagos o abandonados lejos del poblado en el desierto o en el bosque. A veces, son inhumados vivos. A menudo, los interesados, sintiéndose inútiles, consienten e incluso piden su propia muerte. En la antigüedad romana, el abandono de los niños débiles o deformes era una práctica habitual.

La historia contemporánea abunda en actos de eutanasia. Apenas si es necesario recordar dos procesos: el de Luigi Fauti (1962), que mató a su hermano, que padecía una afección neurológica degenerativa; el de Lieja (1962), de unos padres que mataron, con ayuda de un médico, a su hijo deforme, víctima de la talidomida. Igor Barrère y Etienne Lalou, a través de una encuesta lanzada por la televisión para preparar una emisión que nunca se realizó, recogieron miles de casos, extremadamente diversos, puesto que abarcan tanto situaciones neonatales como episodios de la guerra o dramas de jóvenes o ancianos incurables. El problema de la eutanasia aparece en el pasado y en el presente. Siempre hemos estado en contacto con él y por eso surge la idea de la reanimación.

Al mismo tiempo que recrea vidas, la reanimación crea múltiples estados en las fronteras de la muerte: multiplica así los hechos clínicos susceptibles de acarrear soluciones eutanásicas. Hay que reflexionar, pues, sobre estas situaciones nuevas para intentar desbrozar nuevas líneas de conducta. Por lo demás, sólo seremos capaces de enunciar algunos principios de ética médica que, en cada caso particular, podrían confortar el espíritu del médico, del enfermo y de su familia.

LA EUTANASIA

El término *eutanasia* se compone de dos palabras griegas: *eu* (bien, lo recto) y *thanatos* (muerte). También designa la buena muerte opuesta a la "mala muerte" que antiguamente designaba la muerte violenta por homicidio o por accidente. No está de más que recordemos la definición que da el dic-

cionario Robert: "muerte dulce y sin sufrimiento que sobreviene normalmente o gracias al empleo de sustancias calmantes o estupefacientes / por extensión, teoría según la cual es legítimo suprimir sujetos con taras o precipitar la muerte de los enfermos incurables para ahorrarles los sufrimientos de la agonía".

Esta muerte dulce y sin sufrimiento está, en principio, desprovista de agresividad. No consiste en un acto de violencia cumplido en un estado paroxístico. Está destinada a ahorrar los sufrimientos y las angustias de la agonía, inútiles ya que la muerte se ha vuelto ineluctable a corto plazo. Acto de piedad, de compasión, la eutanasia debe ser considerada como "una ayuda ante la muerte".

En realidad, el término "eutanasia" esconde interpretaciones diferentes que conviene precisar. *La asistencia para la muerte* no es otra cosa que la atenuación de los dolores físicos o morales de la agonía. Durante mucho tiempo se consideró que formaba parte del papel del médico, pero hoy se ha visto facilitada por la multiplicación de las medicinas modernas. *La eutanasia pasiva* consiste en no utilizar procedimientos artificiales, como la alimentación intravenosa o las diferentes técnicas de reanimación, cuando el estado del paciente es desesperado, o en retirárselos al enfermo cuando se los estaba empleando anteriormente con él. *La eutanasia activa*, es, por el contrario, el hecho de darle la muerte o de adelantarla deliberadamente en el caso de un incurable presa del dolor. *El suicidio secundado* es una aceptación más o menos activa de los pedidos de abreviar la vida. Plantea, en toda su amplitud, lo que algunos llaman "el derecho a la muerte" o "el derecho a morir", ese derecho que cada uno de nosotros cree tener a ser consultado sobre el momento y las modalidades de su muerte "natural" y a disponer de medios para terminar con su vida. El *eugenismo*, acto deliberadamente asesino, cometido sobre seres humanos, no tiene nada que ver con lo que entendemos por eutanasia. Sigue evocándonos, desgraciadamente, las atrocidades fríamente cometidas en la época del nazismo. ¿Puede afirmarse, acaso, que hayan desaparecido para siempre?

LA REANIMACIÓN

Para apreciar las implicaciones del fenómeno de la *reanimación*, es necesario también definir qué es y precisar sus méritos y sus límites. La reanimación puede ser considerada como la responsabilización por parte de un equipo médico, de enfermos graves o gravísimos, una o varias de cuyas funciones vitales están alteradas, poniendo en peligro la vida del enfermo. Para asumir esta responsabilidad y la sobrevivencia del enfermo, los reanimadores utilizan múltiples técnicas y aparatos.

N. de R. Este ensayo se reproduce con autorización de *Commentaire*. Aunque las reflexiones se centran en el caso francés, son extensivas a nuestro país.

Los éxitos de la reanimación, totalmente inimaginables antes de la década del cincuenta, se han multiplicado. El desfallecimiento renal agudo de los glomérulo-nefríticos, los riñones afectados, las intoxicaciones, están completamente controlados. Ya no se ve morir a enfermos jóvenes atacados de septicemia aguda por bacilos perfringens ni se ven esas nefritis tóxicas que mataban por las complicaciones de la uremia antes de que las lesiones renales hubiesen tanido tiempo de ser corregidas. El riñón artificial borró todo eso. Ya no se muere como antes de parálisis respiratoria por la poliomielitis o por las poliradiculoneuritis. La ventilación mecánica asistida reemplaza a los músculos desfallecientes y permite a las lesiones neurológicas retroceder (y totalmente en el caso de las poliradiculoneuritis). Se muere menos de insuficiencia respiratoria aguda. Incluso durante un edema pulmonar, una infección grave, un ataque de asma, los respiradores artificiales permiten obtener la curación.

Los decesos por infarto del miocardio han disminuido mucho. Gracias al empleo del monitor, se descubren precozmente las complicaciones, tales como las perturbaciones del ritmo, de la excitabilidad o de la conducción. Se las trata de manera eficaz por medio de drogas o por la implantación de un estimulador intracardíaco.

La infección y las mismas septicemias retroceden, gracias a los antibióticos, claro, pero también gracias a las diferentes técnicas de reanimación que permiten luchar contra la más mortífera de las complicaciones infecciosas: el choque séptico. Durante los problemas digestivos agudos ya no se muere de desnutrición. Cuando la vía digestiva es inaccesible, la intravenosa permite nutrir exclusivamente a un enfermo, durante varios meses si es necesario. El tratamiento de las fistulas digestivas se ha transformado.

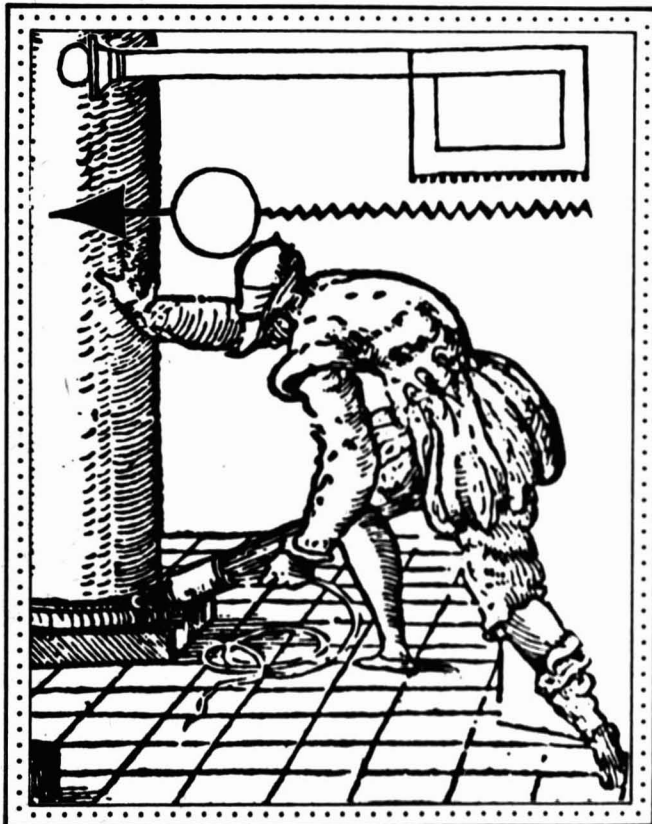
La reanimación pre y post operatoria permite operaciones cada vez más complejas en el cerebro, el corazón, el pulmón, el tubo digestivo; los progresos conjugados de la cirugía y de la reanimación son sorprendentes. Más aún, la reanimación, luego de haber intentado y logrado sustituir un órgano, puede suplir ahora a varios. A partir de ese momento, pueden tratarse a graves politraumatizados, a la vez comatosos, insuficientes respiratorios, desfallecientes renales, sin tránsito digestivo, y curarlos al permitirles a sus múltiples lesiones recuperarse en algunas semanas. Es el estadio de la *reanimación polivalente* que hoy se aplica a múltiples situaciones dramáticas, como comas de cualquier naturaleza, septicemias con choque, peritonitis, tétanos, intoxicaciones agudas, etc. La reanimación tiene también una brillante lista de éxitos; ha transformado la medicina en los últimos veinticinco años. De cada cien enfermos que le son confiados con una o varias debilidades viscerales, ochenta se van a curar o a sobrevivir. Pero como todas las terapéuticas, la reanimación tiene límites, fracasos: desnudadas, aisladas, descortizadas, las lesiones irreversibles aparecen el claro después de algunos días, semanas o meses y esas lesiones irreversibles son a veces aterradoras. Esas situaciones son muy diversas.

El *coma sobrepasado*, de engañosa terminología, ya no es un coma. El cerebro está totalmente muerto, incluidas las estructuras que aseguran las funciones integradas de la vida vegetativa. Ya no se trata de un ser vivo, sino de un cadáver, mantenido artificialmente y de modo muy provisorio con apariencias de vida.

El *coma prolongado* es un estado fundamentalmente distinto del precedente. En ese caso existen, es cierto, lesiones duraderas de las zonas cerebrales que asumen la actividad consciente y de relación, pero las estructuras profundas de la vida

vegetativa han sido respetadas. El organismo permanece como una entidad funcional coordinada que podrá subsistir mientras se asuman sus necesidades elementales hidroelectrolíticas, nutrientes etc. La evolución de esos comas prolongados es, al comienzo, imprevisible, pero si, después de algunas semanas o, mejor aún, después de algunos meses, ninguna evolución favorable se manifiesta, el pronóstico es de los más severos. En esos casos sin esperanza, aparece la justificación de una eutanasia pasiva o activa en razón de la carga material y moral que imponen a quienes los rodean.

Además, la reanimación deja tras de sí *secuelas neuropsíquicas* mayores. Todo puede aparecer, desde debilidades profundas, sin lesión neurológica, hasta las secuelas neurológicas graves con alteración más o menos marcada de la



conciencia y de las facultades mentales. Esas complicaciones se observan a menudo durante los intentos de reanimación neonatal. Es perfectamente claro que esas situaciones no son provocadas por la reanimación, sino simplemente exteriorizadas por ella.

Se le ha hecho otro reproche a la reanimación: que *suprime el derecho a la muerte*. Derecho a la muerte que ha sido reconocido, por lo demás, por un grupo de trabajo, encargado en 1973 por el Ministerio de Salud francés de estudiar los problemas de la muerte: "todo hombre tiene el derecho de vivir su propia muerte. Ese derecho debe serle reconocido, pero no impuesto y menos todavía monopolizado. No se tiene el derecho de prohibirle a un hombre elegir por sí mismo, en la medida de lo posible, su propia muerte, y no existe ni persona ni institución que esté legítimamente llamado a apropiarse de la muerte de otro". Como el derecho a la vida implica una cierta calidad de la vida, el derecho a la muerte incluye una cierta calidad de la muerte. Las exigencias de una cierta calidad de la muerte pueden anunciarse así: morir sin temor, morir sin dolor, morir en paz, morir con dignidad, ele-

gir las modalidades de su tránsito. Es indiscutible que la reanimación podría contrariar ese derecho a la muerte si se la considerara inútil o si se pudiera pensar que el enfermo consciente la habría rehusado con toda seguridad. Así, en ciertas circunstancias, encontramos planteado el muy agudo problema de cuándo indicar la reanimación.

NUEVAS REFLEXIONES SOBRE LA EUTANASIA

Así, la reanimación, al desplazar notablemente las fronteras de la muerte, puso en relieve, si no multiplicó, las situaciones eutanásicas. Frente a ese nuevo riesgo, ¿hay algunos elementos para la reflexión aportados por el derecho, la deontología, las religiones y la moral?

El derecho

Aunque la eutanasia sea un hecho histórico muy antiguo, la legislación francesa lo ignora: la eutanasia no está prevista por ningún texto legislativo específico. En consecuencia, en virtud del artículo 295 del *Código Penal*, los riesgos de un acto de eutanasia son muy claros. ¿Se trata de eutanasia activa, es decir de un acto concreto que ha apresurado la muerte? Estamos entonces frente a un homicidio voluntario, es decir, frente a un crimen punible por la justicia. En caso de homicidio voluntario hay que considerar dos elementos: el elemento moral representado por la intención de dar la muerte y el elemento material constituido por el hecho positivo de dar la muerte. El móvil del acto (piedad, por ejemplo) es, en principio, indiferente. De este modo, la eutanasia es un crimen a los ojos de la ley. Por lo tanto, es pasible, en principio, de la pena de muerte o por lo menos de muchos años de prisión. ¿Se trata de eutanasia pasiva? Todo lo que podía haberse hecho para demorar la muerte no lo ha sido; se trata de un delito de no asistencia a una persona en peligro condenable por el Tribunal Correccional. De todos modos, hay que señalar que frente a una ley intransigente, la jurisprudencia es relativamente pragmática. Los acusados no reciben la condena efectiva: o hay absolución o prisión demorada.

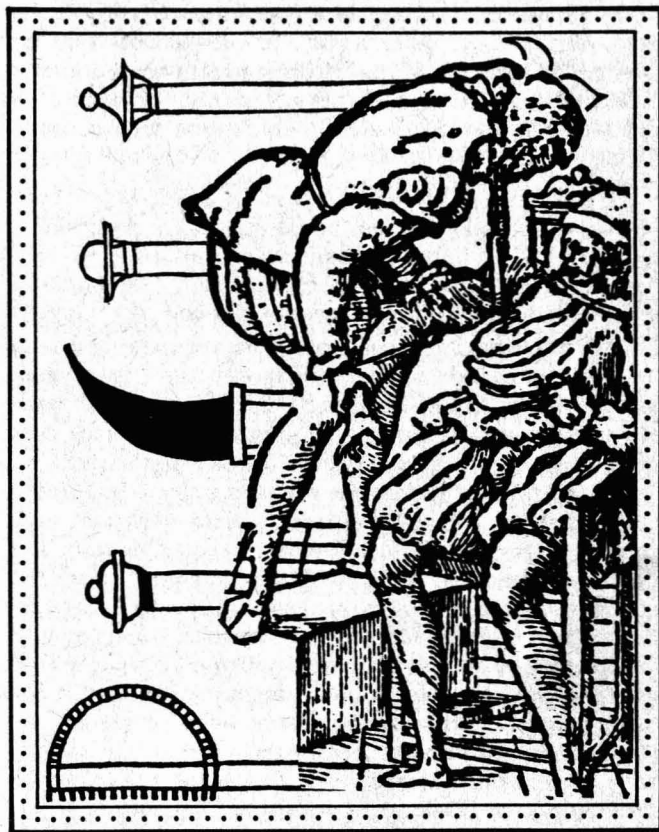
Por lo demás, no deja de ser importante para el médico saber que el artículo 300 del *Código penal* es especialmente severo en el caso de los infanticidios de recién nacidos. En ese caso, son considerados un crimen, no solo eutanasia activa, sino incluso la omisión voluntaria de los cuidados indispensables para la vida del niño que acaba de nacer, aunque el niño recién nacido no sea viable.

Por lo tanto, en el estado actual de nuestra legislación, el médico no se beneficia de ninguna inmunidad especial. Más aún, a los castigos legales se agregan las sanciones morales y profesionales.

Pero no todos los códigos penales tienen la severidad del Código francés. En el estado de Ohio, en Estados Unidos, desde 1906, la ley estipula que "toda persona afectada por una enfermedad incurable acompañada de grandes dolores, puede pedir la reunión de por lo menos cuatro personas que resolverán sobre la oportunidad de poner fin a su vida dolorosa". Otros estados norteamericanos tienen sobre esto una posición del todo opuesta. Suiza, Dinamarca, Holanda, Polonia, Hungría y Brasil prevén reducciones de las penas. En Suiza, eutanasia ha sido objeto de cuatro artículos del Código penal. Nunca el acto de eutanasia puede ser asimilado al asesinato. Tampoco nunca puede escapar a la ley, que preve para el acusado un máximo de tres años de cárcel. Noruega es la única que reconoce, desde 1902, la muerte dada por

compasión (mínimo cinco años de pena).

De este modo, la eutanasia es siempre punible por la ley, pero en cierta medida ha sido descriminalizada. En ciertos países ha sido aceptada "una cierta tolerancia legal". En Francia también surgió la necesidad de un reconocimiento legal; en 1978, Caillavet presentaba en el Senado un proyecto de ley que tendía a hacer reconocer el derecho de todo ciudadano mayor sano de espíritu de "declarar su voluntad de que ningún medio médico o quirúrgico, fuera de aquellos destinados a calmar el sufrimiento, fuese empleado para prolongar artificialmente su vida, si era alcanzado por una afección accidental o patológica incurable" (Artículo primero). Se le han hecho muchas críticas a este proyecto de ley, sobre todo el de ser artificial y de llevar a decisiones poco hu-



manas, puesto que las disposiciones carecen de matices y plantean el todo o nada.

Entretanto, a muchos les parece deseable que una legislación, aunque sea modesta, actúe en Francia para transformar, por ejemplo, en un primer momento, el crimen en delito. La mayoría de los legisladores extranjeros se han enfrentado a ese problema. El mérito del proyecto Caillavet, aun si es inaplicable tal cual, radica justamente en haber permitido abordarlo en Francia por primera vez. Convendrá pese a todo ser prudente en ese dominio para evitar toda extensión posible, toda escalada, no sólo en el plano individual, sino quizá más aun en el plano de una eutanasia en serie (enfermos mentales, inadaptados de cualquier categoría). Por esos motivos numerosos juristas y médicos se levantan contra las nuevas disposiciones legislativas, que interferirían con la ética médica y destruirían la confianza fundamental del enfermo hacia su médico. Una "zona de no derecho" (Presidente Kornprobst) debe mantenerse. Bajo ninguna circunstancia el paciente debe dudar del hecho de que la principal preocupación del médico es mantenerle su vida.

La eutanasia y la deontología médica

Es natural que en la década del 50, a los comienzos de la reanimación, se haya mantenido el apego a los datos deontológicos clásicos del "respeto de la vida a todo precio". Habían aparecido nuevas técnicas revolucionarias que transformaron radicalmente las situaciones; se estaba en pleno descubrimiento de situaciones clínicas extraordinarias, desconocidas con anterioridad. La mayoría eran afortunadas, como se ha visto; otras eran penosas, dejaban entrever agonías prolongadas y dolorosas para el enfermo y para los suyos, desventajas muy pesadas, sobre todo en el recién nacido y en el niño. A pesar de esos fracasos convenía seguir siendo prudente, tanto más cuanto cabía que se produjeran nuevos descubrimientos y que seguía imponiéndose la regla de respeto a la vida a cualquier precio. De todos modos, la utilización de las técnicas de que se dispone no presenta ningún problema, mientras que detener su funcionamiento de modo brutal a vista y paciencia de las enfermeras y de la familia plantea muchos.

Triunfa la idea de seguir hasta el fin. Los más prudentes se sienten acusados, incluso por la apariencia de la vida, y todavía en 1974 había personal hospitalario que escribía: "ante cada enfermo, el médico está obligado a no descuidar ningún medio que considere en su alma y conciencia susceptible de prolongar, aunque sea por un segundo, la vida de aquel que le ha sido confiado. No hay en esta frase ninguna ambigüedad". Así, en los años 50 y 60, lo que se ha llamado el encarnizamiento terapéutico prevaleció; debemos decir que todos los antecedentes deontológicos y legales incitaban a esta actitud. Ese término de encarnizamiento terapéutico es, por lo demás, del todo impropio, puesto que hay encarnizamientos terapéuticos justificados: no es posible curar a un politraumatizado en estado de choque comatoso, insuficiente respiratorio y renal, sin un encarnizamiento terapéutico prolongado, empeinado, durante semanas, sin ninguna falla. Además, el término "encarnizamiento" introduce en el debate un aspecto subjetivo que implica un lamentable matiz peyorativo. Más vale hablar, aun cuando el término sea menos espectacular, de "exceso terapéutico", lo que sobreentiende que la terapéutica considerada es excesiva en sus indicaciones, es decir, en definitiva, injustificada. En ese caso, se ha hecho un uso excesivo de técnicas de lucha contra la muerte para asegurar la sobrevivencia artificial sobre un organismo con el cerebro destruido y para prolongar una vida irremediamente condenada.

Esta actitud intransigente ha arrastrado reacciones y la deontología se ha aligerado relativamente en ese terreno. Ya no obliga al inútil retardo de la muerte natural en un caso desesperado. Eso es lo que surge de la resolución de la Conferencia Internacional de las Ordenes de Medicina de los países del Mercado Común Europeo y en especial de Francia (sesión del 4 de marzo de 1976). La resolución de esta conferencia es sumamente minuciosa y circunstanciada y es necesario recordar lo esencial: "mientras exista una esperanza de curación o de mejoría, el médico debe actuar con la finalidad de curar. A partir del momento en el que el estado del enfermo es verdaderamente desesperado, es lícito abstenerse de tratamientos inútiles y de gestos de reanimación superfluos; también es lícito poner fin a tratamientos que no harían sino prolongar la agonía o mantener un coma sobrepasado (muerte del cerebro atestiguada por un electroencefalograma nulo observado durante un periodo suficiente)".

Esta actitud representa, pues, un sí prudente y circunstanciado a la eutanasia pasiva, pero el texto agrega: "llegado a ese punto, sólo la conciencia del médico y su apreciación del pronóstico dicta su conducta".

Por lo contrario, la Conferencia Internacional de las Ordenes condena formalmente el hecho de procurar la muerte por piedad o a pedido de un enfermo o de un herido. Es un no categórico a la eutanasia activa: "...la conferencia no ve que se pueda autorizar a los médicos a otorgar deliberadamente la muerte a sus enfermos sean cuales sean las circunstancias. La idea de tal autorización no solo choca con las tradiciones médicas más antiguas que hacen que la Medicina sea una obra de vida, sino que no resiste el examen cuidadoso de las hipótesis.



Dejar al médico decidir *por sí mismo*, desde su óptica personal, si debe por piedad poner fin a una vida, sería darle un exorbitante poder y olvidar, además, que puede cometer un error en su diagnóstico. La autorización para actuar a pedido de la familia sería más imprudente aún: ¿cómo discernir los verdaderos móviles de este pedido? ¿Cómo saber si la familia expresa las súplicas del enfermo o su propio deseo más o menos inconsciente? La ejecución del gesto mortal a *pedido del enfermo*, que viene a ser lo mismo que convertirse en agente de su suicidio, tampoco es posible. Ya que tal pedido puede muy bien provenir de un enfermo en modo alguno incurable; puede corresponder a un acceso pasajero de desesperación. ¿No existirá otro medio de calmar su angustia? El pedido diferido (testamento de eutanasia) no es menos discutible. Admitiendo que se le reconozca a un hombre el derecho de disponer de su vida, ¿cómo saber, llegado el momento, si permanece el mismo sentimiento?

Por último, considerar que la *sociedad* decide en tal o cual caso, sería conferirle a ésta la posibilidad de limitar el derecho a la vida de los individuos y representaría un inmenso peligro que la historia ya ha conocido. Tal disposición po-

dría ser terrorífica para los enfermos y los que están incapacitados”.

Por el contrario, *el derecho al apaciguamiento de los dolores* está perfectamente reconocido por las instancias ordinales: “este apaciguamiento, evidentemente, forma parte de la misión de los médicos, tanto en el plano psicológico como en el plano terapéutico”.

Esa finalidad prioritaria del alivio de los sufrimientos no solo es aceptada por todos, sino que a muchos les resulta una finalidad primordial. Lo que se ha llamado “la ayuda para la muerte” implica no solo la conducta psicológica de la agnía que puede ser muy delicada; también la prescripción de medicamentos tranquilizantes cuyo margen, entre la dosis suficiente y la dosis tóxica, es a veces estrecho. Todavía en ese



caso las instancias ordinales concluyen: “solo la competencia y la conciencia del médico pueden permitir considerar lo que puede hacerse”.

La eutanasia y la moral

Desde 1957, la Iglesia Católica ha precisado su posición sobre los problemas morales y prácticos de la reanimación. En su momento, el Papa Pío XII decía así: “los derechos y los deberes del médico son correlativos a los del paciente. El médico no tiene un derecho separado o independiente en general con relación al enfermo. Sólo puede actuar si el paciente lo autoriza explícita o implícitamente (directa o indirectamente). Los derechos y los deberes de la familia dependen de la presunta voluntad del paciente inconsciente, si es mayor y *sui juris*. En cuanto al deber propio e independiente de la familia, sólo obliga, habitualmente, al empleo de medios ordinarios. En consecuencia, si resulta que la tentativa de reanimación constituye en realidad para la familia una carga tal que en conciencia no puede serle impuesta, ella puede lícitamente insistir para que el médico interrumpa sus tentativas y el médico puede lícitamente obedecerle”. Alocución del 24

de noviembre de 1957.

Es cierto que cabría preguntarse dónde termina lo ordinario y dónde comienza la reanimación en la medida en que no se ha vuelto un conjunto de procedimientos ordinarios. También podríamos preguntarnos si la carga evocada es financiera o afectiva o ambas a la vez.

En una epístola pontificia del 3 de octubre de 1970, el cardenal Villot, precisa más claramente, con el paso del tiempo, el pensamiento oficial de la Iglesia: “En muchos casos, ¿no sería una tortura inútil imponer la reanimación vegetativa, en la fase última de una enfermedad incurable? El deber del médico consiste mucho más en aplicarse a calmar el sufrimiento, en lugar de querer prolongar el mayor tiempo posible, por no importa que medio y en qué condiciones, una vida que no es ya plenamente humana y que va naturalmente hacia su desenlace”.

No están resueltos todos los problemas; sin embargo: la enfermedad enfisematosa en el estadio de la insuficiencia respiratoria es tan incurable como un cáncer evolucionado. ¿Debe privarse al enfermo de toda reanimación, cuando a veces se obtienen sobrevidas bastante prolongadas? En los hechos, es el documento del Consejo permanente del Episcopado francés, del 16 de junio de 1976, el que aparece más claro: “Cuando ya no hay esperanza de curación, no es necesario, por cierto, recurrir a los medios extraordinarios. Nunca está prohibido utilizar analgésicos para aliviar el sufrimiento, incluso si, indirectamente, el plazo de la muerte se abreviara por ello”.

Esos principios generales son muy útiles para la discusión, en especial para la conciencia de un médico católico, a saber: derecho imprescriptible del paciente; deber de la familia limitado a sus obligaciones ordinarias, si ya no hay esperanzas de curación; derecho del médico, a pedido de la familia, de interrumpir la reanimación, si el peso económico o afectivo se le hace insostenible a ésta; derecho del enfermo al alivio del sufrimiento, aunque los analgésicos apresuren la muerte del paciente.

¿Es posible ir más lejos? Es la pregunta que se hacen muchos moralistas al plantearse si es posible seguir considerando la eutanasia como un crimen. La revisión de las actitudes que algunos desean implican una crítica de la noción de “respeto a la vida” como principio incondicional. Discuten el respeto a la vida que consiste en imponerla a aquel que no la quiere, en imponerla a un semi-muerto que ni siquiera puede resistirse a esta presión. ¿Se respeta la vida, dicen ellos, prolongando la decadencia o haciendo durar la agnía? ¿No es la vida humana, ante todo, la conservación de las funciones cerebrales superiores? ¿Ciertas formas de sobrevivencia no son, acaso, la negación de la vida? ¿No existen modos de morir más inhumanos que una muerte limpia, propia?

Como se ve, esta crítica del respeto incondicional de la vida desemboca en el respeto a la muerte y en su consecuencia, el derecho a la muerte, es decir, a una muerte dulce, digna, incluso a una muerte que el paciente puede elegir; en todo caso, su muerte. El conjunto de esta argumentación tiende a hacer admitir un “homicidio” por piedad, por caridad. En nombre de un cierto respeto por la persona humana, algunos desean que se de algún lugar a la eutanasia, si no mediante una legislación, al menos por un “consensus de tolerancia”.

El drama del médico

Todos los puntos de vista precedentes tienden a orientar, a

canalizar, a prohibir, a criticar la actitud del médico que termina por preguntarse en qué situación está con su conciencia. Las propias familias acusan. En un notable informe, el R. P. Verspieren, director del Centro Laennec, comunica una carta escrita en 1972 por una familia de la región lionesa sobre su madre de setenta y ocho años: "no podemos aceptar que en un hospital un enfermo sea el objeto de servicios más o menos anónimos de responsabilidad diluida..., y que la reanimación sea considerada obligatoria por todos: médicos, enfermeras, religiosas". Queda lanzada la acusación: médicos, enfermeras, religiosas son responsables de lo que la familia considera como un "suplicio". ¿Es fundada esta acusación? Ese es el verdadero asunto: el drama del médico solo con su enfermo.

Acepte el lector ponerse por unos segundos en el lugar del médico y sentirse totalmente responsable de ese enfermo. ¿Se atreverá, sin un debate de conciencia, sin un drama interior, llegado el momento, a "desconectar" al enfermo del pulmón de oxígeno arrastrándolo casi automáticamente a un estado de asfixia que lo llevará en unos minutos a la muerte? Habiéndolo hecho, ¿no tendría remordimientos? ¿No padecería la obsesión de haber apresurado la muerte de un ser humano? ¿No temería además las consecuencias judiciales? Las familias pueden cambiar de opinión o sentir remordimientos. ¿Quién asegura que una familia que clama a gritos por el abandono de toda técnica de reanimación para uno de los suyos, no demandará luego por no asistencia de una persona en peligro? ¿Quién garantiza, por lo demás, que esa familia no está interesada simplemente de un modo venal? Así, pues, en esta situación crítica, dramática, el médico, o el equipo médico, está solo. Se le pide a los médicos que respeten los principios religiosos, pero los enfermos pertenecen a diversas religiones con principios diferentes de los que no está forzosamente informado. Se le pide a los médicos que respeten la legislación, pero ésta permanece muda respecto a los casos de eutanasia y, por el contrario es muy clara sobre la noción de homicidio y el socorro que ha de prestarse a una persona en peligro. Se le pide a los médicos que respeten la voluntad del enfermo, pero ésta rara vez se expresa de modo claro.

En todo caso, ¿cómo asegurarse de que es constante y profunda? Además, la complejidad de los fenómenos médicos es tal que cualquier aproximación es esencialmente estadística y, en muchas situaciones, aun si la esperanza es ínfima, no puede ser del todo excluida.

En esas condiciones, ¿cómo el médico o los médicos responsables no andarían con prudencia para satisfacer a la vez las exigencias deontológicas y jurídicas y también las exigencias de su conciencia? Todas esas nociones divergentes, contradictorias, no excusan la actitud terapéutica, a veces excesiva, del médico. Permiten sólo comprenderla. Se ha dicho que el médico, juez de la vida y de la muerte, tenía un poder exorbitante. En los hechos, hay sobre todo una responsabilidad aplastante pero indispensable, que él debe asumir.

Un falso problema

Para empezar, hay que eliminar el caso del coma sobrepasado, verdadero falso problema. En él, el cerebro está muerto, de modo total y definitivo. En consecuencia, ya no se trata de mantener una sobrevida por medios artificiales, sino de que estamos ante una muerte absolutamente auténtica, muy provisoriamente camuflada por una asistencia respiratoria,

aportes hidroelectrolíticos, nutrientes, endocrínicos incluso, que asociados a la sobrevivencia de otros órganos (sobre todo el corazón) dan al cadáver una apariencia de vida; sigue estando tibio, con una hematosiis correcta, un ritmo cardíaco, una circulación y una diuresis momentáneamente conservadas. Se han propuesto diversos métodos diagnósticos y paraclínicos para afirmar la muerte del cerebro, ante todo el electro-encefalograma. La repetición y comparación de esos exámenes permiten afirmar sin ambigüedad la muerte cerebral y sus consecuencias a plazo mediano, es decir, la progresiva degradación en menos de una semana de la función cardiocirculatoria. Cuando gracias a esos exámenes se dispone de la prueba de la muerte definitiva del cerebro, no se puede hablar más de sobrevida sino de muerte real. Ya no se trata de un problema de eutanasia. La detención de los aparatos y de las transfusiones es la conclusión lógica de la ausencia de vida y no le plantea al médico ningún problema. Habrá que explicar perfectamente al equipo de cuidados, a los familiares del enfermo, para que nadie tenga ninguna duda, que el enfermo está ya muerto, cuando se desconecten el respirador y las transfusiones.

Saber actuar

Hay casos, al contrario, en los que hay que saber actuar y con la mayor rapidez. ¿Quién discutiría el empleo de una reavivación inmediata si bruscamente la respiración o la circulación se detienen deparando un estado de muerte aparente, durante un accidente en que alguien se ahoga, se electrocuta, sufre un síncope, una asfixia, una hemorragia aguda o un infarto del miocardio? Los recursos que se deben utilizar de inmediato son conocidos y eficaces. Es cierto que la eficacia está en función de los plazos de aplicación, a menudo ignorados, pero esto es una razón más para poner manos a la obra sin pérdida de tiempo. En estos casos, la reanimación o, como algunos dicen, la resucitación, para distinguir este tratamiento de urgencia del tratamiento continuo, no se discute. Hay que intentarla de inmediato, sin reflexionar, sin un estado de ánimo previo. Se trata de casos demasiado simples y frecuentes como para demorarnos en ellos.

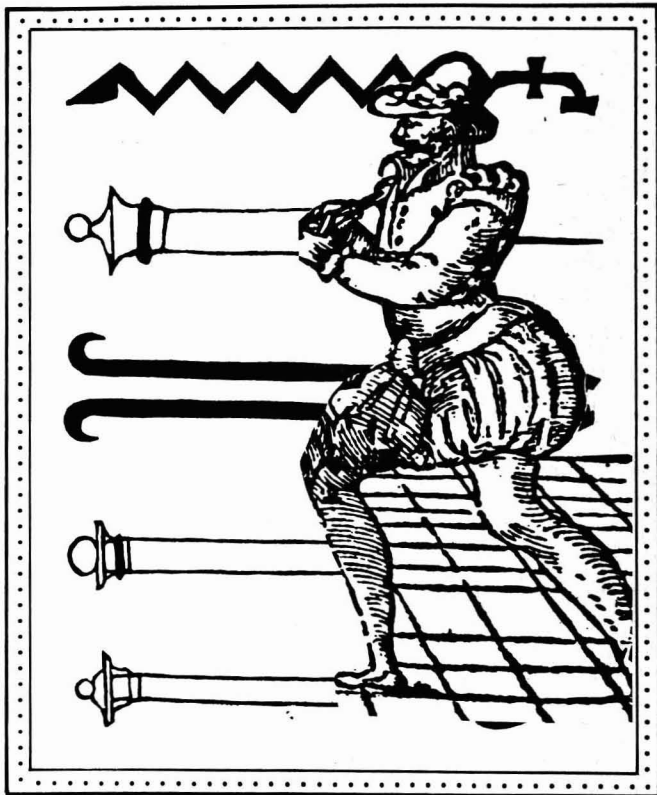
Saber abstenerse

En otros casos, por el contrario, el papel del médico consiste en saber abstenerse. Recordemos las posiciones de las instancias ordinales: "A partir del momento en que el estado del enfermo es verdaderamente desesperado, es lícito abstenerse de tratamientos inútiles tanto como de gestos superfluos de reanimación." Esta eutanasia pasiva por abstención es entonces posible y lícita cuando las posibilidades de curación o de sobrevivencia ulterior aceptable parecen nulas o irrisorias. Corresponde al médico o al equipo médico explicar según su conciencia a la familia del enfermo su apreciación del pronóstico y disuadirla de efectuar los tratamientos inútiles que no harían sino prolongar la agonía, o convencerla de detener esas terapéuticas si ya han sido iniciadas.

Saber rechazar

Hay casos, por último, en los que el médico debe saber oponerse al pedido de la familia o del enfermo: son todos aque-

llos casos llamados de eutanasia activa. El médico no puede activamente dar la muerte, ni siquiera por piedad. En los casos de eutanasia activa, ni el pedido de la familia ni el del enfermo, aunque estuviese hecho por escrito en forma de un testamento de eutanasia, ni *a fortiori* la sociedad misma, pueden intervenir ante el médico para forzarlo a actuar. Cuando se habla de eutanasia activa, conviene pensar en los problemas múltiples que plantearía si el médico aceptara llevarla a cabo: en primer lugar, un problema de ética médica; después, las consecuencias para la sociedad, que reconocería que una de las funciones del médico es la de matar; y también para el enfermo, acometido de dudas y de angustias cada vez que está a punto de recibir un tratamiento: la in-



yección se le hace para aliviarlo o bien de acuerdo con la familia para hacerlo morir; excesos posibles, etc.

Por último, corresponde abordar tres situaciones especiales que plantean problemas infinitamente delicados.

El caso de los ancianos

A propósito de éstos se ha discutido la utilidad de hacer intervenir técnicas extremas: en los Estados Unidos y en Gran Bretaña se ha propuesto y a menudo llevado a la práctica no reanimar más allá de los sesenta y cinco años. Para muchos se trata, a partir de cierta edad, de ayudar a bien morir, sin sufrimiento, al término de una larga vida, más bien que de utilizar técnicas de sobrevida complejas. Ese problema debe ser abordado de una manera distinta. Se trata menos de una cuestión de edad real que de edad fisiológica, es decir, de "vigor físico e intelectual del enfermo" y de sus posibilidades de recuperación después de la reanimación. Hay que oponerse a cualquier actitud sistemática.

Dos casos precisos permiten comprender lo bien fundado

de una actitud matizada. El de un hombre de ochenta y cuatro años, hospitalizado por un tercer infarto de miocardio. Tratado con reanimación, cura sin problemas, sin insuficiencia cardíaca, para nada molesto por estar todavía vivo. El de una mujer de ochenta y dos años que había sufrido una nefrectomía. Poco después, tuvo hemorragia y anuria. Curó después de dos sesiones de riñón artificial, sin ninguna secuela.

En resumen, solo hay casos especiales que prohíben cualquier sistematización. En esos dos casos, la reanimación probó estar justificada. No lo habría estado si previamente hubiese habido una decadencia física o mental o si esta decadencia hubiese sido un riesgo mayor de la reanimación, como en el caso de un accidente vascular cerebral masivo.

El caso del recién nacido

Sin duda no hay situación en que lo bien fundado de la reanimación plantee problemas más complejos. En efecto, en el recién nacido, la decisión debe ser tomada sin dilaciones, ya que la anoxia aguda provoca lesiones irreversibles en algunas decenas de segundos. El médico no tiene tiempo de reflexionar, ni de consultar a los padres. Además, el diagnóstico y el pronóstico son a menudo imposibles de inmediato. Claro que los casos de anencefalia, de hidrocefalia, de espina bífida, mortales a más o menos corto plazo no son para reanimar. Pero, a menudo la anomalía no es visible en el momento del nacimiento. Solo aparecerá más tarde.

Otro dato del problema se presenta cuando hay sufrimiento fetal; allí los resultados son a menudo mediocres y dejan secuelas irreversibles que constituyen en el 50% de los casos minusvalía de por vida. La reanimación está justificada por cierto en el caso de los prematuros, al menos más allá de cierto peso y de los sufrimientos fetales de niños normales. En muchos otros casos, es muy grande el riesgo de mantener con vida a un niño que quizás estará pesadamente disminuido física o mentalmente. ¿Qué será de la vida de este niño? ¿Cuáles serán las repercusiones sobre los hermanos nacidos o por nacer? ¿En qué quedará el equilibrio de la pareja? El debate está abierto. Todos tratan de contestar a conciencia, la finalidad será siempre preservar la vida en el sentido más pleno del término, es decir una vida auténtica de un individuo capaz de desarrollarse plenamente en la sociedad.

¿Muchos reanimadores neonatales prefieren, pues, llevar la muerte de un recién nacido en la conciencia, más que la vida de un niño marcadamente minusválido? El remordimiento es quizá menos pesado en el primer caso. Hay que haber visto el drama de los padres de un niño con grandes carencias cerebrales para comprenderlos.

El caso de los enfermos incurables.

Cuando se trata de un coma prolongado en reanimación en el que se dispone de la prueba de la irreversibilidad, el equipo médico y la familia pueden ponerse de acuerdo para una modalidad de eutanasia pasiva: detención de la depuración extrarenal, del respirador, de un tratamiento tan costoso como inútil, etc.

El caso de una enfermedad incurable, penosa e incluso insoportable como el cáncer puede plantear la oportunidad de cuidados intensivos o de reanimación con motivo de una hemorragia masiva, de una anuria o de una insuficiencia respiratoria aguda. Cabe poner en la balanza la importancia de los medios que se pueden utilizar y la calidad y duración de

la sobrevivencia esperada. Es un problema que hay que encarar con la familia, a la cual los médicos expondrán los riesgos evolutivos y la conducta terapéutica práctica preferible según su conciencia.

También puede presentarse el caso de una enfermedad neurológica o muscular que preserve totalmente la actividad cerebral: miastenia, poliomielitis, traumatismo raquídeo. Permítaseme, para hablar de este punto, evocar un caso personal. Hace algún tiempo recibí una carta de augurios muy penosamente escrita por un enfermo que actualmente tiene setenta y dos años. Hacía mucho tiempo que no me daba noticias suyas. ¿Creen ustedes que me habría dirigido ese gesto amistoso, afectuoso incluso, si me hubiese guardado rencor por haberle preservado las muy precarias condiciones de vida que la naturaleza le había dejado?

LA VERDAD O LA ESPERANZA

La realidad es ésta: para el hombre incurable, la verdad se opone a la esperanza y sin embargo la participación del enfermo no puede ser encarada sin que él esté informado. ¿Es necesario, en nombre del respeto absoluto a la verdad, revelar la realidad? Al lado de algunas personalidades excepcionalmente fuertes, capaces de luchar contra la desesperación y prepararse con calma a la muerte, ¿cuántos no sabrán soportarla? Pocos enfermos condenados podrían acompañar a Montaigne cuando dice: "La premeditación de la muerte es la premeditación de la libertad... saber morir nos libera de toda sujeción y obligación". ¿Cómo tener la seguridad, a partir tan solo de las apariencias de la personalidad, de cómo va a reaccionar el individuo ante el drama de la terrible revelación? Para empezar, la medicina no es una ciencia exacta, como hay que recordar. Siempre es posible un error de diagnóstico; puede haber una evolución sorprendente. ¿Con qué derecho y cuándo decirle la verdad al enfermo, y qué verdad? ¿Una revelación prematura o demasiado tardía no podrá tener los peores efectos? Los psicólogos han demostrado que a partir de la toma de conciencia del pronóstico fatal hay diferentes etapas, sobre todo fases de conmoción psíquica, rebelión, depresión. Sin duda el orden de esas reacciones no es inmutable. Al quebrar definitivamente la esperanza, tan esencial al hombre como el oxígeno, en una de sus fases críticas, ¿no se corre el riesgo de hacer el peor servicio posible al enfermo, precipitando el desenlace fatal?

LA MUERTE IGNORADA O ASISTIDA

Recientemente, el decano Villey recordaba: "La asistencia al moribundo, que también incumbe a la medicina, muy a menudo fracasa o es escamoteada. El enfermo está mejor cuidado, el moribundo está peor asistido. El combate contra la muerte es mérito, pero la muerte no entra en el programa".

La conducción de la agonía formaba antes parte de la misión del médico de la familia. El carácter cada vez más anónimo del coloquio médico enfermo y la frecuente hospitalización de éste han perturbado esta asistencia confiante. Cuanto más progresa la técnica, más el enfermo muere solo. Salvo raras excepciones el "mal morir" se ha convertido en la regla, en el hospital o en el domicilio del enfermo. Parece necesario desarrollar en Francia los cuidados paliativos destinados a aliviar al enfermo en sus incomodidades y en sus sufrimientos, como se suele hacer en Canadá, en los Estados Uni-

dos, en Gran Bretaña, en Italia, permitiendo suavizar los últimos instantes del enfermo y dándole a los que lo cuidan una tarea precisa que cumplir. Estos deben sentirse responsables de la agonía. El moribundo no debe sentirse abandonado, sino rodeado y asistido.

LA DIFICULTAD DE AYUDAR A MORIR

Es cierto que es penoso y difícil ayudar al enfermo a morir. Para el médico, la muerte es siempre un reconocimiento del fracaso más o menos consciente. Es grande la tentación natural de reforzar la medicalización mediante una especie de huida o de disimulo, en vez de buscar el contacto humano que reconfortaría, tranquilizaría al enfermo y disminuiría su angustia. Pero el médico, tan hábil para manejar los medicamentos y las máquinas, queda a menudo desconcertado por el contacto del enfermo en ese momento crítico: ¿qué comportamiento adoptar, qué decirle? La posición del médico que sabe, frente al enfermo que no sabe o pone cara de no saber, pero que de todos modos está obsesionado por el temor, es infinitamente delicada: el facultativo se siente espiado por el enfermo que acecha la menor esperanza, la menor prórroga tanto como la menor sospecha, y tiene miedo de decir demasiado o demasiado poco, de ser torpe. La escapatoria mediante una medicamentación loca, visitas abreviadas, mentiras ilusorias, evidentemente no es una solución. Falto de comunicaciones, de diálogo, el enfermo corre el riesgo de morir lejos de los suyos, en la soledad y en la angustia.

LA CONDUCTA DE LA AGONÍA

Cuando el médico no puede impedir la muerte, su papel no por eso es menos importante: todavía le queda humanizar la muerte. Debe intentar, como ha dicho Pierre Mauriac, que el incurable muera en paz. El alivio de los sufrimientos físicos se impone más que nunca, facultado como lo está hoy por medicamentos más eficaces y gestos mejor adaptados. Junto a los estupefacientes han aparecido drogas con efectos más graduados y selectivos como los tranquilizantes y los neurolépticos. Se puede aliviar el dolor y la angustia sin oscurecer la conciencia ni alterar la personalidad. Se puede procurar el sueño cuando es reclamado. Se puede combatir las fuentes de la incomodidad y de la angustia, como el entorpecimiento respiratorio, la anoxia, las perturbaciones hidroelectrolíticas con gestos simples y eficaces, como la aspiración de las secreciones, la oxigenación y las transfusiones. Hay que encargarse tanto de la comodidad del enfermo como de su dolor. La asistencia psicológica y moral es igualmente indispensable pero de seguro es más delicada de cumplir. Exige por parte del médico un gran esfuerzo de atención, de tacto y de disponibilidad. Hay que saber escuchar, mirar, tomar la mano, manifestar simpatía y dar ánimos en el momento oportuno. El facultativo debe esfumarse detrás del hombre que viene a prestar socorro a otro hombre. Esta humanización de la muerte ha sido perfectamente experimentada por el R. P. Verspieren que se expresa así: "Si el enfermo recibe de esta manera los cuidados que le convienen, será más fácil para todos, para médicos, enfermeras, parientes, mantenerse en relación con él, asegurando a su alrededor esta presencia humana y fraterna de la que el enfermo tiene fundamental necesidad al final de su vida. Puesto que si bien siempre estamos solos a la hora de morir, lo más angustiante es morir solo y abandonado de todos."