

EUTANASIA Y ACTITUDES SOCIALES*

Aquilino M. Polaino-Lorente

EUTANASIA Y ACTITUDES SOCIALES

La cuestión de la eutanasia continúa a la deriva sin encontrar una solución explícita. Su interés, sin embargo, va en aumento, mientras su urgida solución sufre un aplazamiento tras otro. Miles de personas en todo el mundo hacen suyo este problema. La muerte hoy parece interesar tanto o más que la vida; desde luego, muchísimo más que, por ejemplo, el sexo, si nos atenemos a las respuestas recibidas en una revista como *Psychology Today*¹. Previamente se les había enviado un cuestionario sobre la muerte. Treinta mil lectores contestaron puntualmente.

De otra parte, el debatido caso de Karen Ann Quinlan ha suscitado numerosas publicaciones sobre la eutanasia. Williams², Maguirre³, Schibles⁴, Russell⁵ y Wilson⁶, entre otros muchos, se han ocupado de ello, recientemente. Este último⁷, después de pasar revista a los diversos argumentos en favor de eso que se ha dado en

* Comunicación a las Segundas Jornadas de Deontología, Derecho y Medicina, Madrid, mayo 1979.

1. E. S. SCHNEIDMAN, You and death, *Psych. Today*, 1971, pp. 43-45 y 74-80.

2. WILLIAMS, P. (ed): *Ethical issues in biology and medicine*. Scheukman Publishing Co., Cambridge, Mars, 1973.

3. MAGUIRE, D. C. *Death by choice*, Doubleday, Garden City, N. Y., 1974.

4. SCHIBLES, W.: *Death - An interdisciplinary analysis*, The Language Press, Whitewater, Wis, 1974.

5. RUSSELL, O. R.: *Freedom to die: Moral and legal aspects of euthanasia*. Herman Science Press, N. Y., 1975.

6. WILSON, J. B.: *Death by decision. The medical, moral, and legal dilemmas of euthanasia*. The Westminster Press, Philadelphia, 1975.

7. *Ibidem*, pág. 47.

llamar *death with dignity*, no acaba de verlo claro, habida cuenta los riesgos que suponen ese seudoderecho de disponer de la vida propia —*the right to take life*—, del que ya me ocupé en otra comunicación en parecidas circunstancias ⁸.

ALGUNOS DATOS SOBRE ACTITUDES SOCIALES Y EUTANASIA

Lo dicho líneas arriba y el hecho de que los *mass-media* aireen el problema de la eutanasia a los cuatro vientos, puede confundir al lector y hacerle suponer, lo que en ningún modo está probado: que una inmensa mayoría admite hoy la eutanasia bajo ciertas condiciones. De otro lado el problema, aunque últimamente exaltado, no es de hoy. Todavía más: a lo largo de estos cincuenta últimos años las actitudes de la población han ido variando y no precisamente, a favor de la eutanasia. Veamos algunos ejemplos.

Según el *American Institute of Public Opinion* ⁹, los datos estadísticos son los siguientes:

| <u>Actitudes</u> | <u>Año 1936</u> | <u>Año 1950</u> |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Favorables a la eutanasia | 39 % | 37 % |
| Desfavorables a la eutanasia | 45 % | 54 % |

Louis Harris (1973) ha obtenido en su investigación unos datos muy semejantes, si nos atenemos sobre todo a la eutanasia activa. Frente a un 37 % que se muestra partidario de ella, el 53 % restante se opone. Los resultados se relativizan cuando se encuesta acerca de la eutanasia pasiva: 62 % a favor y 37 % en contra ¹⁰.

Russell ¹¹ ha encontrado mayor porcentaje a favor de la eutanasia entre los médicos —entre el 30 % y el 40 % de los encuestados— según se maticen las circunstancias, aunque hay acuerdo general en aceptar solamente la eutanasia pasiva. Se está de acuerdo pues, en que «el hecho de que se tolere (en el sentido pasivo al que antes me refería) un tipo de muerte en una persona, no supone un argumento

8. POLAINO-LORENTE, A.: *Antinaturalidad y eutanasia, Persona y Derecho*, 1975, pp. 411-426.

9. WILSON, J. B.: *Ibidem*.

10. Cfr. estos conceptos en el trabajo citado en nota (8).

11. RUSSELL, *ob. cit.*

razonable en favor de la aceptación de otros tipos de muertes»¹². Del mismo modo, se reconoce la complejidad de los factores médicos y legales, los conflictos con los valores presentes a este respecto en nuestra sociedad y las influencias que el tabú y el tópico de la muerte pueden ejercer sobre estas opiniones particulares¹³.

De aquí pueden inferirse varias consecuencias:

1. Que no es cierto que vaya en aumento el número de personas que se declaran partidarias de la eutanasia. Más bien sucede lo contrario, tal y como se ha probado (según los datos expuestos más arriba), al menos, para la eutanasia activa.
2. Que, en cambio, sí se observa un discreto incremento a favor de la eutanasia pasiva —hecho sobre el que volveré más adelante—, incluso entre los profesionales de la medicina.
3. Que hay muchas y complejas razones, todavía no esclarecidas, que ponen sobre el tapete la imposibilidad de admitir legalmente hoy la eutanasia, ni siquiera esa versión de la misma, aparentemente diluida, incolora e insípida —irresponsable en ciertos casos, me atrevería a añadir—, que se denomina eutanasia pasiva.

Esta última conclusión está necesitada de ciertas explicaciones:

- a) En la actualidad es de tanta importancia el despegue tecnológico que resulta excesivamente ambigua la distinción entre medios «ordinarios» y «extraordinarios». El criterio que puede diferenciar a unos de otros es tan versátil que resulta del todo insatisfactorio. No estamos seguros de que uno u otro de los medios empleados para mantener con vida a este enfermo, aquí, ahora, y en este hospital, pueda considerarse extraordinario». A lo que parece, sólo están seguros ciertos informadores —sin formación médica de ningún tipo— que además de plantear situaciones límites (que casi nunca acontecen en las instituciones hospitalarias) teñidas de un intenso dramatismo, son llevadas al paroxismo con una alternativa dogmática. Casi siempre lo plantean como sigue: «o se aplica este medio extraordinario al enfermo A o se aplica al enfermo B. La decisión debe ser radical. Debe optarse por A o

12. BESWICK, D. G.: Attitudes to taking human life. *Austral. New Zeal. J. Social.* 6: 120-130, 1970, p. 120.

13. WILSON, *ob. cit.*

por B, siguiéndose de dicha opción la muerte de uno o de otro». En el modelo alternativo propuesto se asume más de un supuesto ficticio, como, por ejemplo, que no haya allí más que un instrumento —un respirador artificial, un aparato de diálisis renal, etc.—; que los dos enfermos estén igualmente graves; que ambos tengan idénticos pronósticos; etc., circunstancias todas éstas, de presentación extraordinariamente infrecuente en la clínica diaria. Yo propondría a los informadores, siguiendo la riqueza de la vida y de la patología humanas que no deben nunca asfixiarse en rígidos y utópicos constructos teóricos, que se cambiara el modelo alternativo («o... o ...») por otros modelos más realistas, como el copulativo («...y...y»), o el limitativo («si ... pero...»), etcétera. De este modo se ganaría en objetividad y se abatirían posiciones en exceso reduccionistas.

- b) Está aún por esclarecer quién debe decidir sobre la interrupción de los medios extraordinarios. ¿Corresponde ésta a los familiares?, ¿incluso cuando el interesado conserva todas sus capacidades? ¿No debe tenerse en cuenta el criterio del médico?, ¿no deberá contarse con el número de instrumentos disponibles en ese momento en aquella institución hospitalaria y las posibilidades de que otros enfermos también las requieran? ¿Puede acaso el enfermo decidir acerca de su vida, sin tener en cuenta el pronóstico, su edad, la opinión de sus familiares?; la decisión que hoy nos sirve, ¿continuará siendo legítimamente sostenible mañana? A lo que se ve hay aquí demasiadas variables, no siempre desproporcionadamente contrabalanceadas. Dicho de forma positiva: se necesita incoar todo un proceso para la tarea de toma de decisiones en la que cada una de las variables debe ser rigurosamente estudiada, valorándose el peso específico que puede tener en la decisión terminal.
- c) Por último —por limitarme a sólo algunas matizaciones—, convendría esclarecer o contestar las siguientes cuestiones: ¿qué se entiende por una muerte humana digna?, ¿cuál es la diferencia entre el derecho a una muerte humana digna y la eutanasia?, ¿cuál es el criterio diferenciador entre la muerte digna y morir a secas?, ¿puede decirse que luchar hasta el final contra la muerte es consentir una muerte indigna?, ¿no será más indigno el entreguismo en el ahorro tecnológico que convierte a la muerte en un hecho mecánico?, ¿de qué indignidad estamos aquí hablando?

¿ACTITUDES O ESTEREOTIPIAS?

Cuando se analizan despacio las que parecen ser actitudes maduras hacia la eutanasia, se descubre una sombra de duda en la aparente seguridad. La facilidad con que algún pequeño sector admite la eutanasia pasiva no descansa, al parecer, en una reflexión serena. Está varada más bien en la estereotipia social, una clase especial de secuencias conductuales tendentes a repetir palabras y gestos idénticos al modelo social establecido, poco importa que se alcance o no con ello la meta propuesta. La estereotipia social vacía las acciones de significación, las despersonaliza y hunde en el anonimato colectivista e igualitario. Varios son los factores que intervienen en la génesis de este estereotipo:

- a) La labor de los trabajadores en los *mass-media*, que bajo el señuelo de sondear la opinión pública para así poder informar, acaban por crear la opinión pública que dicen proponerse auscultar; es decir, acaban por imponer sus personales opiniones. Primero se hace una encuesta —nada se dice de cómo se ha diseñado—, luego se recogen los resultados y se divulgan en el informativo —etapa de sensibilización del gran público—, y por fin, se capitaliza —una vez que la gente comenta aquella información— el resultado de la sensibilización operada. Más tarde acaso vuelva a establecerse un nuevo sondeo mediante otra encuesta que sirve para recapitalizar —ahora incluso con sus intereses— la campaña de sensibilización realizada tiempo atrás. Como «lo periodístico» se superpone con «lo que es noticia», y lo novedoso lo es en tanto que resalta lo que acontece cada día, lo periodístico tiene que coincidir, forzosamente, con lo infrecuente y extraordinario. De este modo queda legitimada la «fábrica de opiniones», incluso las opiniones mismas, por muy opinables que sean.
- b) La permisividad social es otro de los factores intervinientes en la formación de esta actitud hacia la eutanasia. Si todo está permitido, si se concede que cada quién puede disponer de su cuerpo como le venga en gana, el morir —cuándo, cómo y en el lugar que se quiera—, acaso presentarse como un derecho indeclinable. Sólo que se olvida muy fácilmente que el «derecho a la vida» y el «derecho a la muerte» no son simétricos (Cfr. artículo citado en nota 8), aunque la sociedad actual tiende a igualarlos.

De hecho, una vez que se ha despenalizado el aborto, puede resultar difícil encontrar razones para apoyar la penalización de la eutanasia. Hay además una razón formal, que no por serlo, deja de ser sustantiva. Me refiero a los eufemismos con que gustan presentar a la eutanasia. Términos como «derecho constitucional a morir», «derecho a morir con dignidad», etc., son harto frecuentes. Si a ello añadimos el hedonismo contemporáneo —«el privatismo algófono y el utilitarismo colectivista», que propuse en otra publicación⁸—, la mala prensa del dolor, el miedo al sufrimiento, la intolerancia a la más leve molestia y lo que se ha dado en denominar «calidad de vida», artificialmente enfrentada a la «cantidad de vida», parece obvio que las actitudes ante la muerte, cambien.

- c) El misterio de la muerte la fascinación que suscita, constituyen el tercer factor que modela y modula el cambio de actitudes. Si el morir no fuera un misterio, si no lograrse haber fasciado desde siempre, si fuese una realidad exacta y matemática como anhela el hombre empírico de hoy, no habría lugar para estos cambios de actitudes. Pero el hecho de morir —el más real de todos como nos recuerdan los filósofos de la existencia— está ahí, impasible, a pesar de los adelantos tecnológicos, y en actitud de reto y de desafío. Ante su incompreensión el hombre busca sus coartadas. Siempre las buscó, porque en definitiva, al hombre le angustia mucho más el trance de morir, que la muerte misma. Y ello porque el morir le afecta personalmente, mientras que lo muerto, la muerte, en tanto que ha pasado, le es irrelevante.

Por todo esto, uno al final se pregunta desde la fingida seguridad que arrojan los resultados estadísticos: ¿actitudes o estereotipos?

UNA SIGNIFICATIVA Y RECIENTE INVESTIGACIÓN

Gerald R. Adams *et col.*¹⁴ del *Department of Family and Human Development* de la Universidad de Utah, han estudiado las actitudes frente a la eutanasia en 245 *college* pertenecientes a seis

14. ADAMS G. R., N. BUECHE, and SCHVANEVELDT, J. D.: Contemporary views of euthanasia: a regional assessment, *Social Biology*, Vol. 25, 1978, pp. 62-68.

Universidades (Brigham Young, Utah, Montana, Nebraska, Texas y Florida) de EE. UU. Con este trabajo se proponían apresar las posiciones ideológicas de los encuestados y las posibles influencias que sobre actitudes frente a la eutanasia pudieran significar los seis factores siguientes: región geográfica, participación religiosa, *mass-media*, clase social, status socioeconómico y personalidad.

La muestra de estudiantes seleccionada fue suficientemente extensa (N = 245). El procedimiento, extraordinariamente científico, riguroso y preciso. Se diseñó para estos efectos nuevas escalas que fueron previamente validadas. Más tarde se pasó al grupo experimental, además de las nuevas escalas, una batería constituida por la *Euthanasia Ideology Scale*, la *Euthanasia Behavioral Items*, la *Beswick's Killing Scale* y la *Levenson Internal-External Locus of Control Scales*. Los resultados han sido obtenidos tras las correlaciones entre las diversas escalas. Veamos algunos de los más significativos:

1. La cooperación de los encuestados fue excelente. Se aprecia a pesar del «pasotismo», hoy *à la page* —o precisamente por él— que el tema de la muerte continúa fascinando al hombre que dice haber pasado de todo, ¡excepto de la muerte!
2. Las creencias religiosas apenas si han influido en los resultados obtenidos¹⁵, en contra de lo que se pensaba, a no ser un predominio significativo de los católicos sobre los protestantes, a favor de una oposición a la eutanasia por parte de los primeros. Claro que ¿hasta qué punto es posible hablar de creencias cuando no se practica, como es el caso aquí mencionado? Esto significa el grado de incoherencia de ciertos sectores entre su fe y su conducta¹⁶, a la vez que desautoriza anteriores estudios pertenecientes al ámbito de la sociología empírica y de la psicología social, en los que se ponían un excesivo énfasis, tan gratuito como injustificado, en la rigidez derivada de las creencias religiosas.
3. Mayor relevancia tiene al parecer, el pertenecer a unas u otras regiones geográficas. Los estudiantes del este (media = 16,16 S.D. = 3,44) militaban más frecuentemente en

15. $R^2 = 0.15, 0.20$ y 0.16 y Coeficientes de correlación $-0.72, -0.91$ y -0.95 respectivamente en las escalas ideológica, conductual y de Killing, sobre las actitudes ante la eutanasia (en todas ellas $p < 0.01$).

16. GURIN, P.: and EPPS, E.: *Black consciousness, identity and achievement*. Wiley and Sons, N. Y., 1975.

pro de la eutanasia que los del *Midwest* (media = 14,45 S.D. = 3,21) y éstos más que los del oeste (media = 12,71 S.D. = 4,79)¹⁷.

4. La educación recibida y el medio ambiente universitario en el que se convive, ejercen una poderosa influencia sobre estas actitudes¹⁸. La ideología que sostiene la eutanasia se incrementa en los alumnos que frecuentan las universidades, desarrollándose estos estereotipos (mucho más frecuentemente entre los universitarios que entre los escolares), en favor de la eutanasia pasiva.
5. Las creencias ideológicas están asociadas de forma consistente con la conducta a seguir en pro de la eutanasia. Las dimensiones ideológicas y conductuales covarían significativamente.
6. Los *mass-media* influyen decisivamente las actitudes de la población. En primer lugar, durante el período de educación superior y a lo largo de la secundaria, conformando una imagen social, un tópico que hace, sin apenas fundamentación, que la eutanasia pasiva sea la más aceptada.
7. Se admite en esta investigación, sin embargo, la indefensión de los sujetos encuestados y su bajo umbral de vulnerabilidad ante la influencia de los factores citados. En lo que dicen ser sus actitudes interviene la ciudad de origen, el grado de movilidad social, las experiencias previas tenidas con el dolor, el sufrimiento o la muerte de algún familiar cercano¹⁹, así como las expectativas ante la muerte. Esta joven población acaba de dejar su casa, sin haberse formado con anterioridad y ser capaces, en consecuencia, de pensar por cuenta propia sobre estos problemas.
8. La mayor frecuencia de las opiniones en pro de la eutanasia pasiva frente a la activa, puede interpretarse como un hecho representativo de la secularización de una sociedad que, dentro de su confusión, aún le queda un hilo de luz para distinguir lo que es radicalmente inadmisibles de lo que debe estar todavía abierto a la discusión, al menos en sus casos excepcionales.

17. $R^2 = 0.19$, coeficiente de correlación = 0.94 en la escala ideológica ($p < 0.01$).

18. $R^2 = 0.24$, coeficiente de correlación = 0.88 en la escala conductal ($p < 0.01$).

19. En este punto los sujetos encuestados eran casi totalmente inexpertos.

EL «OTRO» PERIODISMO

Unas cosas son las estereotipias sociales respecto de la eutanasia y otra muy distinta la muerte concreta e irrepetible de una persona singular. Las primeras son —¡qué duda cabe!— manipulables; la segunda más difícilmente.

El «caso» de Karen A. Quinlan con que abría esta comunicación es prueba de ello. Han pasado tres largos años desde que el periodismo se apropió la noticia. Cuando se escriben estas líneas, Karen continúa viviendo a pesar de haberle sido retirado el respirador artificial desde hace más de dos años. Pero también es cierto que la pobre Karen sigue en coma. Por eso la discusión no está cerrada.

Recientemente, la periodista Phyllis Batelle²⁰, se ha ocupado con objetividad, con humanidad, casi en forma novelada, de este triste y famoso «caso». El libro traduce la «otra» forma de hacer periodismo. Se asiste allí a una narrativa intimista y minuciosa en la que al lector le es fácil dialogar con los padres de Karen, deseosos de que su hija pusiera fin a sus días sin tanta mediación tecnológica (no sabemos si Karen sufre o no, aunque es más probable lo segundo). Se reseña allí la actitud de los médicos (por no considerarla legalmente muerta, se opusieron al criterio de los padres de retirarle el respirador), y al dictamen y sentencia del Tribunal Supremo del Estado de New Jersey que autorizó, el 31 de marzo de 1976, la supresión del aparato.

Las actitudes contrapuestas del abogado Amstrong y del doctor Morse, recogidas en esta publicación, merecen reflexionarse. Y tras ellas las opiniones de las amigas de la enferma, de los sacerdotes, de los jueces y médicos que intervinieron. Todo un vasto mundo —como el real, riquísimo— que no ha sido sesgado para reducirlo a un modelo con el que «fabricar» después la opinión pública. Y..., sin embargo, Karen A. Quinlan, sigue hoy en coma en el *Morris View Nursing Home*.

No parece extraño, pues, que el Prof. Louis Lortat-Jacob, presidente del Consejo Nacional de Médicos franceses, haya rechazado cualquier intento de legalización de la eutanasia en el curso de una sesión que la Academia de Medicina ha dedicado al tema²¹. Razones, desde luego, no le faltan. Enumeramos a continuación²² al-

20. BATELLE, Ph.: *La verdadera historia de Karen Ann Quinlan*, Ed. Grijalbo, Barcelona, 1978.

21. Confrontar *Le Monde*, 15-III-79.

22. La enumeración es del autor de esta comunicación.

gunas de las razones del Prof. Lortat-Jacob sobre la conducta a seguir en situaciones relativamente frecuentes en que puede plantearse el problema de la eutanasia.

a) *El estado de coma.*—«Detener una medicación que mantiene una supervivencia artificial sin esperanzas de recobrar un cerebro muerto, no es provocar deliberadamente la muerte. La muerte cerebral se constata por un E.E.G. aplanado y eléctricamente significativo²³. En cambio, si se trata sólo de un coma prolongado, mientras que las actividades cardíacas y respiratorias se mantienen espontáneas, la experiencia justifica la continuación de los cuidados médicos».

b) *La obstinación terapéutica.*—«Suspender técnicas penosas de reanimación con un enfermo manifiestamente irrecuperable no es más que rehusar una obstinación terapéutica inútil e irrisoria».

c) *La terapéutica de la agonía.*—El médico puede tener que utilizar en dosis crecientes drogas sedantes pero tóxicas. «El margen es a veces estrecho entre la dosis que aplaca y la dosis tóxica del medicamento, pero sólo la competencia y la conciencia del médico pueden permitirle apreciar lo que hay que hacer».

d) *La enfermedad incurable.*—Podría imaginarse, declaró el Prof. Lortat-Jacob, que si un hombre elige morir, «ningún poder temporal tiene medios para oponerse a ello; así, tampoco se ve el interés de garantizarlo por una legislación positiva». Sin embargo, esta afirmación debe ser matizada, pues los médicos saben «la dificultad de ciertos diagnósticos y la fragilidad de los pronósticos».

«Sería un gran riesgo ir atenuando, paso a paso, la ilegalidad del dejar-morir, y después del hacer-morir». También hay que guardarse de otorgar al médico el «poder exorbitante» de decidir por sí mismo el término de una vida; de autorizarle a hacerlo a petición de la familia, «cuyos móviles verdaderamente son imposibles de discernir»; o de ejecutar ese gesto a solicitud del enfermo, «que quizá ha cedido a un acceso pasajero de desesperación».

En suma, «la confianza del enfermo en su médico exige que no haya ambigüedad a este respecto en las reglas profesionales». Pues, si el poder del médico «no debe ser abusivo en la acción de retraer la muerte, tampoco debe serlo en la acción de acelerarla».

23. Este criterio comienza a ponerse en duda, después de haberse demostrado válido durante la última década. El Prof. Romano, Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba, comunicó el pasado mes el caso de un chico de corta edad, que a pesar de tener un EEG plano, continuó con vida durante casi dos días (comunicación personal al autor).