

LA DEBATIDA "MUERTE CON DIGNIDAD"

Documento de estudio presentado ante el Comité de Asuntos Sociales de la Iglesia Luterana - Sínodo de Misuri en noviembre de 1974 por Milton Sernett, profesor del Seminario Teológico 'Concordia' de Springfield, Ill.

Introducción

Los vertiginosos progresos en el campo de la tecnología médica y de la biología, en especial en estas últimas décadas, han dado origen a un cúmulo de dilemas de índole ética y social. La brecha entre los conocimientos en la materia, ampliamente difundidos, y una respuesta razonable y fundada de parte de la comunidad cristiana es enorme, y es sobrepasada en magnitud y gravitación ética sólo por el alcance de las consecuencias que la "revolución biológica" tiene para la vida del individuo, su dignidad y su futuro. La bio-ética, ciencia que todavía está en pañales, encierra una amplia gama de temas críticos en el campo de la medicina, la biología y disciplina afines. De entre esta problemática resaltan, como objetos que provocan la más frecuente discusión, el aborto, la experimentación en el ser humano, las investigaciones genéticas, el trasplante de órganos, el control del comportamiento, y lo relacionado con la muerte y el morir.

El análisis ético tendiente a determinar qué hay de bueno y de malo en este material siempre creciente que las ciencias bio-médicas despliegan ante nuestros ojos, no arranca de una vana curiosidad ni es un mero juego de la fantasía. A menos que se encare a la tecnología médica y su empleo con el testimonio cristiano de una respuesta cuidadosamente meditada, basada en sanos principios éticos, corremos peligro de tener que habérnoslas, como advierte Ch. Carrol en un artículo publicado en el 'Journal of the Louisiana State Medical Society', "con la medicina sin una ética, la ley sin una norma, y la comunidad religiosa sin una teología de vida y muerte, hombre y naturaleza". En este vacío ético donde también el **no** hacer una decisión con respaldo moral trae sus consecuencias, la víctima final será el hombre mismo. Ante el avance de una ética utilitaria, la persona in-

dividual con la dignidad que le fue dada por Dios, será arrollada por las secuelas del "control de la vida" que un futuro cercano nos deparará y que es identificado simbólicamente como "Segundo Génesis" por el afamado cientista Albert Rosenfeld.

Los nuevos poderes para controlar la vida y la muerte afectan la totalidad de lo que el hombre experimenta desde la cuna hasta la tumba y proyectan ante nuestra mirada el espectro de hombres que a fuerza de sentirse unos dioses en el sentido de hacer decisiones similares a las de Dios, han olvidado sentirse humanos. Cuando —como sucedió con un reciente fallo de la Suprema Corte de EE. UU.— un punto de vista particular en cuanto a un tema existencial básico es sancionado y formalizado como práctica pública, las cosas son llevadas más allá de la esfera privada donde es la decisión individual la que pesa en la relación médico-paciente. La legislación sobre el aborto, ya sea en pro o en contra, es una materia que afecta no a una pequeña minoría, sino a la moralidad pública en una extensión vastísima. Los ciudadanos cristianos no pueden contentarse con verificar que su propio criterio personal está de acuerdo con la voluntad de Dios; tienen que elaborar una ética **social** responsable que concuerde, en el caso nuestro, tanto con el testimonio bíblico como con el entendimiento luterano de la doble ciudadanía del creyente.

Como con el debate sobre el aborto, ocurre también con la controversia que se desató en cuanto a la eutanasia: es un tema de repercusión prácticamente continental, tanto entre cristianos como entre no-cristianos; y más aún: es un tema vital en que están implicados principios teológicos básicos. El punto álgido de la discusión está dado por la pregunta: ¿Puede una persona —o pueden otros por ella— ejercer un control respecto del modo y tiempo de su muerte? Detrás de esta seria inquietud hay cuestiones aún más fundamentales en cuanto a la verdadera naturaleza del hombre, el significado de nuestra condición de 'humanos', y la libertad y responsabilidad del hombre frente a Dios. La consigna de la "muerte con dignidad" agrupa un sinnúmero de problemas específicos de muy variada índole: problemas de definición, de análisis ético, de práctica, y de respuesta

cristiana apropiada. No es el propósito de este ensayo ofrecer una solución a cada uno de estos problemas, sino simplemente puntualizar las cuestiones de mayor relevancia, en especial aquellas a las que ya ahora se puede dar una réplica cristiana clara e inequívoca, y poner de relieve las áreas que todavía reclaman exploración más detallada.

I. El contexto del debate sobre la "muerte con dignidad"

Desde tiempos remotos era opinión general que el hombre está muerto cuando deja de respirar y cuando cesan los latidos de su corazón —criterio que todavía sigue en vigor para la medicina forense. Sin embargo, las nuevas posibilidades de la tecnología, ese arsenal de aparatos maravillosamente ingeniosos aplicados a la reactivación de la función cardíaca y pulmonar, electrochoque, transfusiones, infusiones, trasplantes etc., han trastrocado en forma caótica la definición tan familiar del momento de la muerte como "cese de los latidos del corazón y de la respiración". Con ayuda del instrumental pertinente, la función cardíaca y pulmonar puede mantenerse artificialmente en una persona cuyo cerebro ha sido aplastado e incluso deteriorado hasta el punto de licuefacción.

En su lucha contra una muerte prematura, p. ej. debida a enfermedades infecciosas, la medicina ha contribuido en forma muy significativa y digna del mayor elogio al bienestar físico de los pueblos. En las condiciones actuales, cerca de los dos tercios de los habitantes de los países altamente desarrollados alcanzan la edad de setenta años. Uno de los resultados de ello es que muchas personas temen más el aislamiento y el doloroso proceso de deterioro paulatino que una muerte causada por una enfermedad repentina y aguda. El progreso de la tecnología puso en manos del médico la posibilidad de intervenir en el curso de una enfermedad hasta un punto tal que bien cabría la pregunta de si la magia de los facultativos, más que prolongar la vida, no está prolongando en realidad el proceso de la muerte. En forma más dramatizada, la pregunta podría formularse también así: ¿Cuándo estamos ante un paciente vivo, y cuándo estamos ante un cadáver no sepultado cuyos procesos físicos (denominados comúnmente "señales de

vida") son mantenidos artificialmente? "Hablando en términos religiosos", escribe el moralista Daniel C. Maguire, "¿puede la voluntad de Dios respecto de la muerte de una persona manifestarse sólo mediante dolencia o colapso de órganos enfermos y heridos, o es posible descubrirla también mediante las apreciaciones y razonamientos sensitivos del hombre moral?"

II. ¿Cómo definir lo que es 'muerte'?

Aunar y poner al día criterios para establecer el cese de la vida no es, por supuesto, lo mismo que dar una definición de la muerte misma. Determinar **cuándo se produjo el deceso** no es lo mismo que definir la muerte en sí, que puede tener diversos significados según el contexto en que se la enfoque. El concepto teológico de la muerte como momento en que el alma se separa del cuerpo, no es idéntico con la muerte biológica, es decir, el cese de los procesos vitales en los diversos órganos y tejidos del cuerpo. La ciencia no nos puede dar el dato exacto que nos permita determinar cuándo se produjo la muerte en el sentido teológico. Pero nuestro concepto de la muerte, ya sea teológico u otro, pesa sobre los criterios médicos a que nos atenemos para indagar el instante preciso en que ocurrió la muerte. Y a no dudarlo, esto tiene a su vez serias implicaciones tanto para el cuidado pastoral como para la atención médica; pues nuevamente, la pregunta decisiva en un caso particular es, como escribe P. Ramsay, "si tenemos o no tenemos ante nosotros una vida que reclama la inmunidad, el respeto y la protección que según la ética y/o la ley un hombre debe acordar al otro."

El veredicto de que se ha producido la muerte biológica es una cuestión médica. La actualización de los procedimientos clínicos para fijar con certeza la muerte biológica no suscita nuevos problemas morales, a no ser que la motivación para dictaminar el hecho clínico de la muerte radique en intereses ajenos a los del paciente. La urgencia de obtener un transplante, para mencionar un caso, no debiera influir en la marcación de la línea divisoria entre vida y muerte del dador. En circunstancias normales, el cese, clínicamente observado, de la actividad espontánea del cora-

zón y de los pulmones, será la indicación adecuada de que se produjo el deceso; pero en un caso límite podrá ser preciso agregar, como un criterio más, lo que se ha dado en llamar "muerte cerebral". Donde hay un daño permanente del cerebro, y en consecuencia, un estado irreversible de coma, y donde las señales tradicionales de la muerte no presentan un cuadro enteramente claro a causa del empleo de aparatos reactivadores, el agregado del criterio de la "muerte cerebral", verificada por un electroencefalograma, es de alto valor confirmatorio. Una vez constatada la "muerte cerebral" del paciente, debe hacerse la declaración correspondiente, y **entonces** se suspende la respiración artificial. En dos estados de la Unión, Kansas y Maryland, se ha modificado la legislación para dar cabida a la "muerte cerebral".

Además del perfeccionamiento de los métodos para determinar que se produjo la defunción, se ha sometido a estudio el concepto tradicional del "momento del deceso". Aun este "momento del deceso" fue, por supuesto, no un instante preciso, sino más bien un lapso durante el cual la muerte biológica se iba extendiendo en forma gradual al organismo entero (muerte clínica, muerte psicológica, muerte orgánica, muerte celular). Pero ahora, en lugar de conceptuar a la "muerte" como un evento claramente definido, parece prevalecer la tendencia de considerarla un "proceso" en el cual, como escribe R. Morrison, "la vida del moribundo se torna paulatinamente menos complicada y plena, y en consecuencia, menos digna de ser vivida o preservada". A medida que los sufrimientos y costos aumentan y los beneficios para el paciente y para la sociedad decrecen, "el proceso de la muerte se acelera". Y en este proceso continuo, en el que vida y muerte no son sino factores ubicados a lo largo de una misma línea, se llega a un punto en que, según Morrison, se debe hacer una decisión en cuanto a la "calidad de vida" del paciente, una decisión de si esta vida es digna de ser prolongada o no.

Si bien podemos convenir en que la muerte es, en sentido limitado, un proceso, debemos insistir sin embargo en que el símbolo del "momento de la muerte" posee un importante contenido moral. "Lo problemático de la posición

de Morrison", sostiene L. Kass, "es que él no hace distinción entre la pregunta cuándo un hombre está muerto y la pregunta cuándo una vida ya no es digna de ser prolongada." El moralista utilitario que sopesa la "calidad de vida" con la conveniencia para la sociedad puede, en efecto, plantear la pregunta: "¿Es preferible que este hombre viva, o que muera?" El moralista cristiano en cambio no puede preguntar así; sus consideraciones morales sólo pueden estar determinadas por la respuesta a la pregunta: "¿Se está muriendo el paciente, o está muerto?" Para la ética cristiana que sostiene que la vida es un don divino del cual sólo Dios puede disponer, el problema no reside en medir la "calidad de vida" de un individuo, sino en tratar de determinar cuándo es el momento de frenar los esfuerzos tendientes a demorar la muerte del paciente, p. ej. retirando los medios artificiales para sustentar la vida, o de cesar en la lucha contra la muerte ante el reconocimiento de que ésta ya se hizo presente.

III. La eutanasia como "muerte misericordiosa"

El modo de pensar utilitario podría inducirnos a creer que no existe diferencia ética entre **acelerar** el proceso de defunción y **no prolongarlo** artificialmente. A diferencia de la ética que proclama la "santidad de la vida", la ética que proclama la "calidad de la vida" no distingue entre eutanasia activa o positiva y eutanasia pasiva o negativa. Dado que ambas tienen idéntica consecuencia, es decir, el deceso del paciente, se opina que es lo mismo "administrar la muerte" o "dejar que el paciente muera", p. ej. retirando o no aplicando medios **extraordinarios**. "La decisión de no mantener en vida al paciente" escribe J. Fletcher, "es tan moralmente deliberada como la decisión de terminar una vida." Con semejante punto de vista se torna borrosa la distinción moral que debe hacerse entre actos de omisión, y actos de comisión, aun cuando las consecuencias quizás sean iguales. Dar a la muerte la victoria que de hecho ya ganó, en el nivel biológico, es algo sustancialmente distinto de una muerte por comisión. **Permitir** que se produzca el desenlace fatal (muerte por omisión) es, éticamente hablando, otra cosa que **querer** el desenlace fatal (muerte por co-

misión). Volveremos sobre esta distinción al discutir la necesidad moral de aplicar medios "ordinarios" y "extraordinarios".

En la literatura referente a la "muerte con dignidad" se evidencia una muy generalizada confusión en cuanto a la eutanasia activa y pasiva. El vocablo "eutanasia" (del griego 'eu' bueno, grato, y 'thánatos' muerte) ha tenido que servir a los más variados usos y parece tener justamente el peso que un autor quiere darle. Los defensores de la "muerte suave y sin dolor" insisten en que están interesados únicamente en conseguir carácter legal para la eutanasia pasiva: "que se deje que la persona (incurable) muera, y que no se recurra a medios artificiales y "medidas heroicas" para mantenerla con vida". Por otra parte, el público (norteamericano) ya está siendo preparado psicológicamente para el "homicidio benévolo" aplicable donde la vida supuestamente carece de valor, p. ej. en casos de criaturas con defectos congénitos, personas que sufren y sin embargo no mueren, gente con enfermedades incurables o de edad muy avanzada. A una encuesta realizada en 1973: "Si una persona padece de una enfermedad incurable, ¿cree Ud. que la ley debiera permitir al médico poner fin a la vida del paciente de alguna manera no dolorosa, si el paciente mismo y su familia lo solicitan?", 53 % de los interrogados contestaron afirmativamente, contra 36 % de respuestas afirmativas en una encuesta similar hecha en 1950.

Dada la confusión reinante, tal vez sería de provecho limitar el uso del término "eutanasia" a la aplicación activa de una medida que acelera la muerte, a medios activos o positivos, administrados a sabiendas del paciente o no, para acortar la vida. En este sentido restringido, el empleo del término popular "homicidio misericordioso" en lugar de eutanasia podría disipar en algo la confusión semántica.

El homicidio misericordioso, la finalización directa, con o sin consentimiento, de la vida de una persona afectada por una enfermedad física o mental "incurable", o irremediablemente retardada, o aquejada por dolores persistentes, es una actitud que debiera ser condenada universalmente por la comunidad cristiana. Si bien los profesionales del arte de curar no están constreñidos a mantener la vida bajo

cualquier circunstancia, tampoco deben quitarla. Tanto el mandamiento divino "No matarás" como el juramento tradicional hipocrático ("...No daré medicina mortífera a ninguno que me la pida, ni sugeriré a nadie tal consejo...") son advertencias claras contra la muerte "administrada". La eutanasia como "homicidio misericordioso" aplicada por voluntad del paciente equivale a suicidio por parte de éste, aun cuando los motivos y las circunstancias sean diferentes y se necesite la cooperación de un extraño. El suicidio así como el homicidio invaden el dominio sobre la vida y la muerte que corresponde a Dios sólo.

Todos los actos volitivos, aun los exentos de malicia, que tienen por objeto acabar con una vida humana, ya sea para cortar dolores o sufrimientos o por algún otro motivo "humanitario" pueden caracterizarse como "homicidio misericordioso". "No matarás al inocente" (Éx. 23:7) debe ser un principio inviolable de la ética cristiana.

IV. El uso de medios "ordinarios" y "extraordinarios"

Siglos antes de que se conociera la sofisticada tecnología médica con que cuenta la ciencia moderna, los moralistas cristianos distinguían entre medios "ordinarios" y "extraordinarios" de preservar la vida. Se consideraba que el no emplear medios "ordinarios" para mantener la vida era el equivalente ético de "homicidio misericordioso", pero se admitía también que a los médicos y a otras personas que atienden a un paciente moribundo les asiste el derecho de rehusarse a "librar una lucha sin tregua y sin cuartel contra el Todopoderoso por el último soplo de vida consciente, o por la existencia fisiológica de una persona que está a punto de morir" (P. Ramsay). Igualmente, un enfermo puede optar por no someterse a medios "extraordinarios", sin temor de que esto lo haga pasible de un juicio moral adverso. En una recomendación reciente, la Asociación Médica Americana declara: "La discontinuación de medios extraordinarios tendientes a prolongar la vida corporal cuando existe la evidencia irrefutable de que la muerte biológica es inminente, debe quedar librada a la decisión del paciente y/o sus familiares inmediatos."

Mucho depende, por supuesto, de la definición que se dé de medios "ordinarios" y por ende de aplicación obligatoria, y medios "extraordinarios" y en consecuencia optativos. Una dificultad básica cuya complejidad se acrecienta en proporción directa al avance de la tecnología médica de nuestros días, estriba en las perspectivas divergentes de los moralistas y los médicos. Los médicos tienden a catalogar como medios ordinarios a los medicamentos y procedimientos que son "de tipo standard, reconocidos, ortodoxos, generalizados por la práctica médica, y más o menos fáciles de adquirir". Los moralistas en cambio incluyen "no sólo comida, bebida y reposo normales sino también —en términos de práctica hospitalicia— todos los medicamentos, tratamientos y operaciones que ofrezcan una esperanza razonable de beneficio para el paciente y que puedan obtenerse y aplicarse sin excesivo costo, dolor u otros inconvenientes". Por otra parte, medios extraordinarios incluyen, desde el punto de vista de los médicos, "medicamentos o procedimientos de dudosa seriedad, experimentales, no ortodoxos o no reconocidos". Desde el punto de vista del moralista empero, medios extraordinarios son "todos los medicamentos, tratamientos y operaciones que no puedan obtenerse ni aplicarse sin excesivo costo, dolor u otros inconvenientes para el paciente o para otras personas, o aquellos cuya aplicación no ofrezca una esperanza razonable de beneficio para el paciente".

Corresponde, obviamente, hacer algunas observaciones. En primer término, las definiciones en sí no pueden considerarse guías infalibles para la práctica; ahora como antes habrá que hacer decisiones que se ajusten al caso particular, con todo el riesgo de falibilidad que esta circunstancia encierra. En segundo lugar, parece que hay distintos criterios para definir qué es medio "ordinario" y "extraordinario": los médicos tienen en vista el **remedio** mismo, los moralistas al **paciente**; ambos criterios implican cierta relatividad. A medida que se perfeccionan los métodos quirúrgicos, desde el punto de vista del médico puede llegar a ser "ordinario" lo que unas décadas o unos años atrás se tenía por "extraordinario"; piénsese p. ej. en la amputación de un miembro o el trasplante de un riñón. Desde el punto de vista del moralista, un medio "ordinario" puede llegar a ser

“extraordinario” cuando cambia la condición del paciente, o cuando “la esperanza razonable de beneficio” deja de ser tan segura.

En un mensaje dirigido en noviembre de 1957 por el papa Pío XII a un grupo de anesthesiólogos se dio mucho peso moral a la actitud éticamente correcta de no recurrir a medidas extraordinarias. Teniendo en mente el caso de un paciente con una lesión cerebral, sumido en un estado de inconciencia y sin esperanzas de recuperación, la alocución papal declara que el uso del aparato de respiración artificial es un medio “extraordinario” que con el consentimiento de la familia puede ser discontinuado. “Aun cuando motiva el cese de la circulación, el interrumpir los intentos de reactivación nunca pasa de ser una causa indirecta del cese de la vida” arguye la declaración, “y en este caso debe aplicarse el principio del doble efecto y del “voluntarium in causa”. Sin embargo, el razonamiento ético a base del “doble efecto” para justificar el no empleo de medios “extraordinarios” de reactivación es un razonamiento cuestionable. En este caso específico, el papa Pío XII sostuvo que “si resulta evidente que el intento de reactivación constituye en la práctica una carga tal para la familia que nadie puede a conciencia exigir que la soporte, dicha familia puede insistir legítimamente en que el médico discontinúe estos intentos, y el médico puede legítimamente acceder a esta solicitud.” ¿No se incurre con esto en “hacer males para que vengan bienes” (Ro. 3:8)? Basarse en lo oneroso de un procedimiento como principal justificativo para dejar de lado medios “extraordinarios”, es poco convincente.

Estrictamente hablando, el marco del “doble efecto” cuadra mejor para situaciones conflictivas donde uno debe decidirse entre mal menor y mal mayor. El aborto terapéutico para salvar la vida de la madre es un caso tradicional de “situación de doble efecto”. Igualmente se aplica el principio del “doble efecto” cuando el médico administra al paciente un sedante que mitiga sus dolores pero al mismo tiempo acelera el proceso de defunción. Por cuanto el deceso del paciente producido por la droga no es, en estas circunstancias, la intención directa o primaria del facultativo, la acción de éste podría llamarse “eutanasia indirecta”.

Sin embargo, es una acción tradicionalmente permitida al amparo del principio del "doble efecto".

En la ética médica tropezamos a menudo con situaciones problemáticas, acertijos morales si se quiere, donde el "Haz lo que Dios manda, y estarás en lo correcto" podrá ser un muy sano consejo teórico, y sin embargo no estar a la altura de la realidad práctica. "Cuando Ud. sabe que su conducta tendrá dos consecuencias: una que en sí es buena, y otra que en sí es mala", escribe Gl. Williams, "Ud. como agente moral debe escoger entre tomar una acción o no tomarla, y debe hacerlo a base de una comparación de valores, es decir, debe decidir si lo bueno es más digno de desear de lo que es digno de evitar lo malo." Aun cuando podamos admitir, a base del principio del "mal menor - bien mayor", que lamentablemente puede ser correcto hacer algo malo (por falta real o aparente de mejores alternativas), no por ello la acción "mala" se convierte automáticamente en "buena" por el simple motivo de que en las circunstancias **particulares** haya sido la acción "correcta". Nuestras acciones, también cuando sirven a un fin bueno, siguen llevando la mácula de lo malo, y es por esto que los cristianos somos impulsados diariamente hacia la CRUZ.

V. El cuidado por el moribundo

La muerte de un paciente es una derrota para los facultativos; es la evidencia de que todos sus esfuerzos, por bien encaminados, serios y heroicos que hayan sido, han fracasado. La opinión de que la vida biológica debe ser mantenida a toda costa, induce al intento de cerrarle la puerta a la muerte todo el tiempo que fuera posible, buscando una forma de sanar la enfermedad que está arrastrando al paciente a la tumba. "Cuando yo trabajaba de enfermero" recuerda cierto profesor, miembro de la administración de un hospital, "nuestra máxima preocupación era mantener vivo al paciente de cualquier modo hasta que entrara el próximo turno. Ningún paciente debía morir en el turno nuestro." Para la medicina no cabe la distinción entre "buena muerte" y "mala muerte". La muerte es el enemigo natural del arte de curar.

Si consideramos al paciente como persona entera y no sólo como producto residual de diferentes enfermedades que deben ser combatidas una por una, deberemos preguntarnos si no llega tarde o temprano el momento en que es justificado cesar en los esfuerzos por curar, y comenzar a **cuidar** solamente. ¿Es propio para el paciente pedir a su doctor que desista de sus intentos de curarlo, ya sea no iniciando un nuevo tratamiento, o interrumpiéndolo si ya lo inició? Es muy posible que un paciente exprese el deseo de que se lo deje morir para poder entregarse, libre y voluntariamente, no atormentado ya por interferencias foráneas, al proceso de desintegración física, y para pasar el tiempo que aún le queda, en compañía de su familia, sus amigos y sus consejeros espirituales, dedicado a prepararse para su partida de este mundo.

Por cierto, el médico y el paciente individuales no tienen la obligación moral de usar medios "extraordinarios" una vez que ha quedado determinada su inutilidad, es decir, cuando ya han dejado de ser "remedios". Tampoco es obligatorio emplear inoperantes medios "ordinarios", excepto comida, bebida y la atención que se acostumbra prodigar en el hospital. La determinación de si un caso particular es o no es un caso "desahuciado", y por ende, un caso en que los medios **curativos** resultan inútiles, es por supuesto una determinación hartamente delicada, con amplio margen de riesgo. El término "desesperanzadamente enfermo" es, además, un término ambiguo, pues a menudo se lo aplica tanto a los pacientes que se hallan en un "proceso irreversible de desfallecimiento" como a "los que pueden recuperarse, pero a costa de quedar disminuidos, doloridos o deformados permanentemente". Parece evidente que los primeros son "casos desesperados" en un sentido diferente que estos últimos. Por otra parte no debe olvidarse que en muchas ocasiones, tanto el paciente como sus familiares y sus médicos llegan a la conclusión de que la enfermedad avanzó hasta un punto en que lo único que cabe esperar es la muerte inminente —y sin embargo, todos se equivocan.

Sólo un médico puede determinar con certeza —hasta donde ésta es humanamente posible— los síntomas de la muerte biológica en un caso dado. Una vez que se haya

arribado a una decisión afirmativa en tal sentido, los tratamientos de la enfermedad o del mal crónico ya no son remedios con una "esperanza razonable de beneficio para el paciente". A partir de entonces, el acento se corre de la curación al solo cuidado: si el paciente ha de morir de todos modos, habría que permitirle morir en forma aliviada y digna.

Es bastante común en nuestros días que cuando una persona entra en agonía, sus sentidos están embotados por drogas, se halla sola, rodeada y sustentada únicamente por el zumbido de diversos aparatos. "Si el agujijón de la muerte es el pecado", escribe P. Ramsay, "el agujijón del morir es la soledad." Muchos moribundos temen el abandono, el no poder compartir con alguien los últimos instantes de su vida, más que la muerte misma.

Pocas son las escenas de gente a punto de morir que se nos describen en la Biblia; pero una que contrasta fuertemente con la manera de morir en soledad es la escena de la muerte de Jacob del cual leemos en Gn. 49:33: "Cuando acabó Jacob de dar mandamientos a sus hijos, encogió sus pies en la cama, y expiró, y fue reunido con sus padres." Este cuadro de una "muerte digna" nos sugiere que no debiéramos sacar al moribundo del círculo de aquellos que le deben un amor y un cuidado especiales, y que no hay excusa para negarle, en la hora postrera, la presencia humana y el cuidado pastoral, ahora amenazados por la intervención de prodigios técnicos.

VI. "El bien morir" versus "La buena muerte"

En la literatura que propugna una "muerte con dignidad" se tropieza con cierta frecuencia con la curiosa opinión de que la muerte es en sí un bien que debe anhelarse cuando los sufrimientos se tornan demasiado intensos o cuando se padece de un mal considerado incurable. La "muerte es la mayor bendición del hombre", afirma un médico, "cuando viene a poner punto final a una vida ajada por el dolor y despojada de su sentido." Otros describen la muerte como un compasivo golpe de gracia al cual habría que darle la bienvenida o incluso buscarlo cuando los do-

lores se hacen insoportables o cuando se los considera completamente inútiles. R. Jeffers sostiene que "un ser progresivamente sediento de vida lo será también de la muerte."

Desde un punto de vista materialista, la muerte es algo "natural" en el sentido de que no es más que la última parada en el itinerario de las experiencias humanas, un necesario reflujo en el ritmo de la vida. De esta suerte, los hombres pueden, cual Sócrates, "beber el vaso de cicuta" seguros de que la muerte es un amigo. En contraste con Sócrates, quien no vertió una lágrima al sentir que se aproximaba su fin, el sudor de Jesús fue como grandes gotas de sangre cuando contempló la copa de sufrimiento incluida en su pasión y muerte. Como muchas frases hechas, la de la "muerte con dignidad" cuando se la entiende como el derecho a un final rápido, limpio, sin dolor, tipo "muerte como amigo", adolece de ciertas presuposiciones bastante cuestionables.

En la teología bíblica, todas las referencias a la muerte biológica la sindicán de hostil. "Lo que sucede a los hijos de los hombres, y lo que sucede a las bestias, un mismo suceso es: como mueren los unos, así mueren los otros" (Ecl. 3:19). La "muerte buena", es, en la perspectiva cristiana, una paradoja. La muerte no es "natural", no es un aspecto necesario y beneficioso en el orden de la naturaleza, sino que es una maldición, "el postrer enemigo" (1 Co. 15:26). De no existir una nueva vida en Cristo, la muerte no podría contemplarse sino con horror. Muerte y separación de Dios corren parejas, dado que la muerte es el resultado del pecado (Gn. 3:14-19) y afecta radicalmente tanto el cuerpo como el alma, como lo evidencian claramente las Confesiones luteranas (Fórm. de la Concordia, Epítome I, 4; Solid. Declar. I, 2, 46 y sig.; Art. de Esmalcalda Parte III, Art. I, 11). "La muerte no tendría por qué existir", escribe H. Thielecke. "Pero en cuanto que no obstante existe, ella constituye no más que el síntoma de un hecho innatural de raíces mucho más profundas, a saber, que nos hemos distanciado de Dios, que ya no moramos en la casa de nuestro Padre (Lc. 15:11 y sigtes.), y que por lo tanto nos hemos alienado de nuestra naturaleza intrínseca como hijos de Dios."

A todos los que quisieran hacerse eco de la exhortación de W. Sackett, médico y legislador estadounidense, de que "la muerte, como el nacimiento, es algo glorioso — esperémosla serenos", la Biblia los desafía con su testimonio acerca de la indignidad de la muerte. "Los moribundos tienen a lo menos esta ventaja", escribe P. Ramsay, "de que, llegado el momento final, ellos no pueden participar con éxito en estos proyectos que deshumanizan la muerte al querer naturalizarla, ya que la muerte les presenta su semblante amenazador antes de que den con algún valor sucesáneo del seno de Abrahán como lugar de descanso." Esto no quiere decir que los agonizantes tengan que ser abandonados a un estado en que la frágil fábrica de su personalidad es estrellada contra las rocas de la soledad, del dolor y de los heroicos intentos de retener la vida que se escapa. Quiere decir, en cambio, que si bien puede haber nobleza y dignidad en el morir, la muerte en sí es el finis, el ataque final a la vida.

La solicitud por los que enfrentan un desenlace doloroso de su vida obliga a los encargados de cuidarlos a no escatimar esfuerzos ni gastos para que este proceso sea lo más aliviado y menos deprimente posible para el que se debate en tan duro trance. En algunos casos, esto puede significar que se debe acceder a su ruego de **no** prolongar artificialmente la etapa final mediante la aplicación de medios rotulados como extraordinarios, o de no continuar tales tratamientos donde se han iniciado ya. En cuanto al pasar del intento de curación al solo cuidado del moribundo, el cristiano puede hablar de la "voluntad de Dios" en sentido de la voluntad permisiva de Dios o su "beneplácito", voluntad a la cual respondemos aceptándola y encomendando al moribundo a la misericordia del Señor. Pero la conclusión, en un caso particular, de que la voluntad de Dios ha resuelto la muerte y no el restablecimiento, jamás debe llevarnos a la otra conclusión de que es parte de la "voluntad preceptiva" de Dios el que tomemos medidas para poner término a la vida del paciente.

Si bien la aplicación de medios "ordinarios" de cuidado es algo a que cada paciente tiene un derecho, es imposible eliminar todo sufrimiento. La víctima de un cáncer óseo, por

ejemplo, está fuera del alcance de cualquier analgésico, por fuerte que sea. En tales casos, el cuidado pastoral del paciente tratará de hacer hincapié en los aspectos significativos del sufrimiento para contrarrestar los aspectos negativos. De los "aspectos significativos", los luteranos sin duda exceptuarán el parecer del catolicismo conservador expresado por E. Healy, S. J., en su "Ética Médica", de que los sufrimientos y dolores son de valor "para acumular méritos y abreviar la permanencia en el purgatorio". Al sufrimiento jamás debe atribuírsele carácter redentor en el sentido de que puede ser el último acto de obediencia activa del hombre en cooperación con los sufrimientos de Cristo. Pero esto sí pueden afirmarlo los luteranos: que si bien el sufrimiento no es intentado como fin en sí ni tampoco ha de ser considerado como evento que debe seguir inexorablemente su curso, no obstante está incluido en la voluntad planificadora de Dios. Para expresarlo con las palabras del apóstol Pablo, "la tribulación produce paciencia, y la paciencia, prueba; y la prueba, esperanza; y la esperanza no avergüenza; porque el amor de Dios ha sido derramado en nuestros corazones por el Espíritu Santo que nos fue dado" (Ro. 5:3-5).

Epílogo

J. W. Douglas refiere que su padre hizo ante la inminencia de su muerte la siguiente observación: "Si muero, será gloria; si vivo, será gracia." En forma sintética, esto refleja la perspectiva cristiana en cuanto a vida y muerte. El concepto cristiano de la muerte, que no puede entenderse en abstracción de la muerte de Adán y la muerte y resurrección de Cristo, "no intenta suplementar la información clínica respecto de la muerte... Lo que intenta es dar fe para vivir con valor y morir con dignidad a los hombres que sabemos muy poco de este país inexplorado, excepto que por la gracia de su cruz nuestro Señor Jesucristo mudó el semblante de la muerte" (J. Pelikan).

La actualización de criterios para determinar el instante en que se produjo la muerte; el nudo gordiano de problemas éticos en el empleo de nuevos recursos científicos, y el auge actual de la tanatología que atrajo la amplia curiosidad popular, pueden haber remodelado la manera de morir en nues-

tros días, pero no la muerte misma ni la proclama cristiana de la victoria sobre la muerte, obtenida por Cristo Jesús. Está fuera de dudas que si la iglesia quiere ejercer un ministerio efectivo entre los hombres, debe ocuparse de un modo responsable en los dilemas morales que hoy día nos plantean la medicina y las ciencias biológicas. Un cierto distanciamiento entre la medicina y la teología ha precipitado en parte la crisis potencial de tener que vivir (y morir) con una medicina sin ética. Mas la iglesia —y esto será al fin de cuentas su mayor contribución— siempre debe confrontar a los hombres con la Buena Nueva de la primera mañana de Pascua. La muerte es el enemigo vencido.

Tr. E. S.

CIUDAD DEL VATICANO, 23-VI (AP). El Papa Paulo VI reafirmó hoy la posición de la Iglesia contra el aborto, el control artificial de la natalidad y la eutanasia... Dijo: "No querríamos olvidar los ataques que son perpetrados hoy, en nombre de una mal entendida libertad que ofende a Dios y rebaja al hombre, por una sociedad que no quiere reconocer otra ley moral que la de su propia suficiencia y sus propias afirmaciones... Nos referimos al control artificial de la natalidad, al aborto, a la eutanasia, así como a todas estas formas, abiertas o disfrazadas de manipulación del hombre, que indican ahora e indicarán en el futuro una grave deuda del mundo contemporáneo con las futuras generaciones."

LA NACION, Bs. As., 24-6-75

Confesión de un pastor negro del Sudán que por ser cristiano fue encarcelado varias veces: "He sufrido por los mosquitos, las cucarachas, las serpientes, los escorpiones que estaban bajo el techo. He sufrido por lluvia y viento, por calor y frío. Por cinco meses estuve en la celda más miserable que existió. Pero no obstante Dios no me abandonó. Esto era mi oración diaria en la celda: Dios, consérvame la fe y ayúdame a que en todas las cosas me quede con Jesús. Y si debiera morir encontraré en Ti Jesús a Ti, oh Dios. Él será mi tarjeta de entrada, que tendré en la mano cuando me llegue a Tu presencia."